Nr. 2. 8. stycznia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. WŁADYSŁAW JAROSZEWICZ, st. hosp. kliniki Warszawa.

Przypadek czerwonki pełzakowej i uwagi kliniczne o tej chorobie [1]).

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszaw.
Zast. Dyr.: Doc. Dr. Zdzisław G o r e c k i.

Czerwonka wywoływana przez pełzaka *Entamoeba histolytica s. dysenteriae* jest cierpieniem, które endemicznie panuje w krajach tropikalnych. Istnienie pierwotniaka tego po raz pierwszy stwierdził w roku 1875 L ö s c h w Petersburgu i opisał go pod nazwą *Amoeba coli*. Jest to, jak wiadomo, jedyny chorobotwórczy dla człowieka gatunek z pośród rodzaju pełzaków, spostrzeganych w ludzkim przewodzie pokarmowym.

Na kontynencie europejskim do czasów wojny światowej przypadki czerwonki pełzakowej były wyjątkowo rzadko spostrzegane i dotyczyły przeważnie osobników, wracających z gorącej strefy klimatycznej.

Wojna była momentem przełomowym w rozpowszechnieniu się tego cierpienia w Europie, a szczególnie w krajach zachodnich. Na europejski teren walk przybyły z krajów tropikalnych wojska kolonjalne. W szeregach ich znaleźli się zakażeni pełzakiem czerwonki, który w osobliwych warunkach wojennych znalazł najbardziej podatny grunt dla swego rozwoju i rozprzestrzenienia się.

Jak wynika z zestawień statystycznych, dokonanych jużto w okresie likwidacji wojny, jużto na dłuższy czas po wojnie, zakażenie pełzakiem czerwonki stało się zjawiskiem nieomal powszechnem. We Francji B e n s a u d e, C a i n i T e r r i a l stwierdzili w okresie 3 lat w szpitalu *Saint Antoine* w Paryżu 103 przypadków *amoebiasis*. P o u b l a n z pracowni Brumpta na 343 zbadanych stolców w 5,8% przypadków znalazł pełzaki czerwonki. N e p v e u x w latach 1929—1930 stwierdził u chorych, leczących się w Vichy, 3% przypadków zakażenia. W Niemczech F i s c h e r (1920) podaje 1,7% przypadków czerwonki pełzakowej, przyczem sam autor podkreśla, że liczba ta nie odzwierciedla faktycznego stanu rzeczy, ponieważ wiele przypadków czerwonki pełzakowej ulega przeoczeniu. W Anglji M a t h e w s (1917) stwierdził zakażenie pełzakiem czerwonki w 6,4%. T u r n e r (1919) zbadał 3277 żołnierzy angielskich, którzy przebywali na froncie zachodnim i znalazł zakażenie w 15,4%. Według D o b e l l a — 3,4% mieszkańców Anglji, którzy nigdy nie wydalali się poza granice swego kraju, wykazuje zakażenie pełzakiem czerwonki.

W piśmiennictwie polskiem nie znalazłem opisanych przypadków czerwonki pełzakowej, jak również i wzmianki, iżby w kraju była ona spostrzegana. W tem miejscu wszakże należy wspomnieć o pracy P o p p e r a, austrjackiego lekarza wojskowego, ogłoszonej w roku 1917 w *Wien. Klin. Woch.* Praca powyższa wymaga szerszego omówienia, ponieważ dotyczy terenu geograficznego obecnej Polski. Autor badał stolce u chorych (cywilni i wojskowi) z Małopolski Wschodniej, cierpiących na krwawą biegunkę i w 40 przypadkach stwierdził obecność pełzaków, które uznał jako przyczynę cierpienia. Jego zdaniem pełzaki różniły się znacznie pod względem morfologicznym ..... zarówno od chorobotwórczej *E. histolytica* S c h a u d i n n a, jak również i niechorobotwórczej *Amoeba coli* L ö s c h a...". Z tych względów autor nadał wykrytym przez się pełzakom nazwę *Amoeba dysenteriae europeae*, wiążąc je przyczynowo ściśle ze spostrzeganą galicyjską biegunką *(galizische Ruhr)*.

Wydaje mi się, iż ostateczne wnioski P o p p e r a co do istoty i roli znalezionych pełzaków są nierealne i nie wytrzymują krytyki. Przedewszystkiem, jak już wyżej zaznaczyłem, jedynym znanym wówczas i dziś gatunkiem chorobotwórczym dla człowieka jest *E. histolytica*. Skoro więc pełzaki P o p p e r a różniły się znacznie od tego gatunku, stąd wniosek, iż nie były one chorobotwórcze. Nieporozumienie tkwi również w przytoczonem zdaniu autora, albowiem rzekomo niechorobotwórcza według niego *Amoeba coli* L ö s c h a jest, jak uznają obecnie wszyscy parazytolodzy, identyczna z *E. histolytica*, a różnica polega jedynie na odmiennej nomenklaturze. Także metodyka ustalania przez autora gatunku i chorobotwórczości pełzaka pozostawia wiele do życzenia i w żadnym razie nie upoważnia do wyciągania tego rodzaju wniosków. Jaki gatunek pełzaka wchodził w grę w przypadkach P o p p e r a, dziś orzec niepodobna. Według wszelkiego prawdopodobieństwa był to pełzak *Entamoeba coli*, niewinnie pasorzytujący mieszkaniec górnego odcinka jelita grubego u człowieka, częstość którego naprzykład u mieszkańców Berlina wynosi według S c h a u d i n n a 20%, a w Ameryce dochodzi do 50—60%. I F i s c h e r, jeden z czołowych znawców czerwonk ipełzakowej poddaje mocno w wątpliwość wnioski P o p p e r a. Zatem więc praca jego nie może być uważana jako materjał naukowy odnośnie do zagadnienia czerwonki pełzakowej w Polsce.

Przypadek tego, dotąd nienotowanego u nas cierpienia był spostrzegany w ostatnich czasach w I. Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. Uważamy za wskazane podać go do wiadomości, jako przyczynek do kliniki chorób pasorzytniczych w Polsce.

Chora L. D. (Nr. hist. chor. 32/II. K.) lat 26, panna, z zawodu krawcowa, pochodząca z Polesia i tamże zamieszkała. Zgłosiła się do kliniki dn. 13. II. 932 ze skargami na bóle brzucha, szczególnie w okolicy biodrowej prawej i lewej, biegunkę do kilkunastu wypróżnień na dzień, uczucie parcia na stolec, silne osłabienie oraz wychudzenie. Choroba rozpoczęła się na miesiąc przed przybyciem do kliniki. Przedtem żadnych dolegliwości żołądkowo-jelitowych nie miała. Początkowo zjawiły się bóle brzucha i rozwolnienie o charakterze śluzowo krwawym. Z biegiem czasu, jako objawy towarzyszące, wystąpiły niewielkie parcie na stolec, nudności, puste odbijania, kruczenie, wzdęcie, swędzenie w okolicy odbytu i sromu, suchość w jamie ustnej i silne pragnienie. Przebieg choroby od początku bezgorączkowy. W ostatnich dniach miała nieznacznie podwyższoną ciepłotę. W czasie trwania choroby, chora zauważyła w stolcu pasorzyta, z opisu przypominającego glistę. Chora leczyła się w szpitalu w Pińsku. Wobec tego, że stan chorej pogarszał się z każdym dniem, została skierowana do Warszawy, celem dokonania zabiegu operacyjnego *(anus praeternaturalis)* ?!!. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Z przebytych chorób podaje: płonicę, dur brzuszny w r. 1917 oraz operację nosową. Warunki materjalne złe. Niski poziom higjeny osobistej.

Badanie przedmiotowe. Chora przytomna, wzrostu niżej średniego, budowy wątłej, odżywienia podupadłego; skóra o odcieniu ziemistym, sucha, łuszcząca się. Obrzęk ciastowaty na tułowiu, kończynach dolnych i powłokach brzusznych. Ciepłota 37,2°.

Gruczoły chłonne niepowiększone.

Twarz symetryczna, rysy twarzy wybitnie zaostrzone, doły twarzowe zapadnięte, łuki licowe silnie zarysowane, błona śluzowa jamy ustnej blada. Język suchy, obłożony szaro-brunatnym nalotem, uzębienie w stanie niedostatecznym, spojówki nieco zaczerwienione, migdałki bez zmian.

Klatka piersiowa długa, wąska, dołki nad- i podobojczykowe wyraźnie zaznaczone. Kąt międzyżebrowy ostry. Opukiwaniem porównawczem stwierdza się przytłumienie w obu szczytach płucnych. Osłuchowo na całej przestrzeni płuc szmer pęcherzykowy szorstki z prawidłowym wydechem. Wymiary serca prawidłowe. Osłuchowo — 2 tony nieco głuchawe o zachowanych przerwach. Tętno 96 uderzeń na minutę, miarowe, dość słabo wypełnione i napięte.

Brzuch symetryczny, zapadnięty. Esica i kątnica wyczuwalne, kruczące, bardzo wrażliwe na obmacywanie. Poprzecznica wyczuwalna, bolesna, objaw Blumberga ujemny. Wątroba i śledziona niemacalne. Objaw Goldflama, obustronnie ujemny. Nerki niemacalne.

Odruchy kolanowe prawidłowe.

Ciśnienie maks.: min. 115:85.

M o c z: barwa piwna, c. wł. 1015, oddziaływanie kwaśne, białko 0,5‰, silnie wzmożony urobilinogen, urobilina i indykan. W osadzie pojedyncze leukocyty 2—3 w p. w. oraz nieliczne komórki nabłonka płaskiego.

K r e w: czerwonych ciałek 2.800.000, Hb. 58%, wskaźnik barwny 1,03, ciałek białych 10.500. Granulocytów 80%, w tem (obojętnochłonnych podzielonych 34%, pałeczkowatych 19%, młodych 8%, metamyelocytów 12%, promyelocytów 3%, myelocytów 4%), limfocytów 17%, monocytów 3%. Obraz czerwonych ciałek krwi prawidłowy. Białko w surowicy krwi refraktometrycznie 8%.

[1]) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu klinicznem Koła Warszawskiego Tow. Intern. Polskich dnia 18. VI. 1932 r.

Kał (badany zaraz po oddaniu): płynny, barwy brunatnej, woni wybitnie gnilnej. Makroskopowo nieliczne pasemka śluzu i krwi (niektóre porcje kału zupełnie nie wykazywały pasemek krwi), nieliczne drobne resztki pokarmowe. Oddziaływanie alkaliczne. odczyn na krew wybitnie dodatni, sterkobilina dodatnia. Pod drobnowidzem: czerwone ciałka krwi 5 do 15 w p. w., pojedyńcze leukocyty 2—3 w p. w., znikoma ilość szkieletów włókien roślinnych, bardzo liczne jaja *ascaris lumbricoides* i *trichocephalus dispar* oraz 2 jaja w preparacie *botriocephalus latus*.

Ponadto stwierdzono pełzaki od 5 do 10 w p. w. o następujących cechach: (badanie dokonane przez Dr. Obitza z Zakładu Parazytologji prof. Stefańskiego) „pełzaki wielkości 25 do 35 mikronów w średnicy, kształtu okrągłego lub jajowatego o jądrze niewidocznem. Szklista jednolita ektoplazma wyraźnie odcina się od drobnoziarnistej endoplazmy; ruch pełzaków bardzo żywy, postępowy, wypustki protoplazmatyczne (pseudopodja) długie, przeważnie smukłe, energicznie wysuwane, utworzone tylko z ektoplazmy. Przy posuwaniu się pełzaka porusza się również endoplazma. Nie stwierdzono wodniczek, bakteryj, oraz białych i czerwonych ciałek krwi. Cechy powyższe najbardziej zbliżone są do tych, jakie charakteryzują *E. histolytica*".

W posiewach kału pałeczek durowych, rzekomo-durowych i czerwonkowych nie wykryto. Prątków Kocha w kale nie znaleziono.

Odczyn zlepny Widala oraz odczyn Weil-Felixa ujemny.

Posiewy krwi — jałowe.

Odczyn Wassermanna — ujemny.

Zgłębnikowanie żołądka frakcyjne. Naczczo HCl L. — 0, A. — 2. Po śniadaniu kofeinowem najwyższa liczba dla A. — 10, L. — 0. Pod drobnowidzem nic szczególnego.

Zgłębnikowanie dwunastnicy. W żółci A kuleczki tłuszczu obojętnego, złogi barwika żółciowego, pojedyńcze leukocyty i komórki nabłonkowe. Żółci B nie udało się wydobyć.

Przebieg choroby. Trzeciego dnia pobytu w klinice ciepłota podniosła się do 38°, tętno 96 uderzeń na minutę, 14 wypróżnień w ciągu dnia. Zastosowano dermoklizmę z 1 litra soli kuchennej, *cardiaca* i *Tr. Opii*. Czwartego dnia chora miała 2 wypróżnienia. W dolnych płatach obu płuc z tyłu stwierdza się trzeszczenia, ciepłota 38,2°. Piątego dnia brzuch wzdęty, bardzo bolesny. Objaw Blumberga w okolicy esicy dodatni. Zastosowano dermoklizmę z 5% glukozy, *cardiaca, Tr. Opii*, stowarsol. Szóstego dnia zejście śmiertelne wśród objawów wzmagającej się duszności.

Zestawiając cechy kliniczne danego przypadku można go ująć w następujący sposób. U osobnika w wieku młodym występuje nagle bez widocznej przyczyny krwawa biegunka, która mając wszelkie znamiona procesu wrzodziejącego w jelicie grubem, wiedzie w krótkim czasie do znacznego wyniszczenia ustroju, niedokrwistości wtórnej oraz niedomogi mięśnia sercowego.

W rozważaniu nad etjologją przytoczonego przypadku, na pierwszy plan wysunęła się sprawa wywoływana przez pełzaki, których obecność stwierdzono w obfitej ilości w wypróżnieniach chorej.

Postać wolna (wegetatywna) znalezionego pełzaka morfologicznie odpowiadała *E. histolytica*, a i obraz kliniczny tak co do objawów ze strony jelita grubego, jak i innych towarzyszących przypominał w zupełności czerwonkę. Zdawałoby się z tego wynikać, że pozytywny rezultat badania kału czyni zbędnem wszelkie różniczkowanie i odrazu rozstrzyga o rozpoznaniu. Wniosek taki byłby dostatecznie usprawiedliwiony w krajach, gdzie czerwonka pełzakowa szerzy się endemicznie. U nas natomiast wobec nienotowania dotychczas tego cierpienia, trudno było rozstrzygnąć, opierając się jedynie na obrazie klinicznym oraz cechach postaci wolnej pełzaka: czy mamy do czynienia rzeczywiście z czerwonką pełzakową, czy też z etjologicznie innem schorzeniem, w którem dały się zauważyć niechorobotwórcze pełzaki np. *Entamoeba coli*, znajdując korzystne podłoże dla swego rozwoju? Powściągliwość w ocenie danego przypadku zwiększał fakt, że mimo drobiazgowych poszukiwań nie udało się wykryć w kale torbieli pełzaka, czyli t. zw. cyst. Właściwości ich łącznie z cechami postaci wolnej pozwoliłyby na ustalenie przynależności gatunkowej, a tem samem na określenie jego roli nie- czy też chorobotwórczej.

Mając na uwadze powyższe wątpliwości, aby uzyskać szerszą podstawę, szukaliśmy potwierdzenia nasuwającego się rozpoznania na drodze wyłączenia.

Odrzuciliśmy więc na podstawie wywiadów, braku zmian w wątrobie i nerkach oraz braku rąbka metalicznego na dziasłach, grupę schorzeń na tle zatrucia solami metali ciężkich. Nie mieliśmy również danych, aby przyjąć urazowe pochodzenie owrzodzeń w następstwie przewlekłego zaparcia. Odpadały możliwości owrzodzeń na tle gruźliczem (brak zmian zakażenia gruźliczego w płucach, przebieg choroby, ujemny wynik badania bakterjologicznego) oraz na tle kiłowem (brak zmian swoistych w innych narządach, ujemny odczyn Wassermanna). Wynik badania krwi i moczu łącznie z danemi badania bezpośredniego wyłączały podejrzenia co do owrzodzeń, jakie spotykamy w mocznicy oraz ciężkich schorzeniach krwi. Przeciw złośliwej sprawie nowotworowej przemawiały: młody wiek chorej, przebieg kliniczny, brak objawów guza i następowego zwężenia przewodu jelitowego. Z grupy cierpień zakaźnych należało brać w rachubę dur brzuszny, dury rzekome oraz czerwonkę bakteryjną. O ile dwie pierwsze sprawy można było odrzucić na mocy całego szeregu danych, jak: ujemny wynik badania bakterjologicznego kału, ujemny odczyn Widala, brak charakterystycznego obrazu krwi, brak podwyższonej ciepłoty, obrzęku śledziony, różyczki i t. d. o tyle sprawa czerwonki bakteryjnej nastręczała najwięcej trudności różniczkowo-rozpoznawczych. Wiadomą jest bowiem rzeczą, że czerwonka bakteryjna niejednokrotnie łudząco przypomina obraz niektórych postaci klinicznych czerwonki pełzakowej, a zwłaszcza gdy mamy do czynienia z postacią sprzężoną pełzakowo-bakteryjną *(dysenteries associes)*, lub gdy czerwonka pełzakowa wikła się dodatkowem zakażeniem, powodującem wzniesienie ciepłoty, którego nie spotykamy w większości postaci klinicznych tego schorzenia. Znany jest również fakt, że odsetek ujemnych wyników badań bakterjologicznych nawet w typowych przypadkach czerwonki bakteryjnej waha się około 50% i że w tych przypadkach badanie na odczyn zlepny z rozmaitemi szczepami pałeczek czerwonkowych może być dopiero miarodajnym czynnikiem rozpoznawczym (Gluziński). Oczywista zatem, że ujemny wynik w naszym przypadku nie uprawniał całkowicie do odrzucenia tła bakteryjnego, jakkolwiek posiewy dokonane były *ex tempore* — szczegół niezmiernie ważny z punktu widzenia techniki bakterjologicznej odnośnie do pałeczek czerwonki. Niemniej jednak wynik ten łącznie z właściwościami klinicznemi omawianego przypadku przemawiał raczej na korzyść czerwonki pełzakowej. Predewszystkiem podnieść trzeba, że czerwonka bakteryjna, która od początku ukazuje się w całej sile i przyjmuje odrazu obrót niepokojący, a w krótkim czasie osiąga znaczny stopień wyniszczenia ustroju, musiałaby być wywołana przez pałeczkę Shiga-Krusego. W takim razie nad całością obrazu klinicznego dominowałyby objawy toksyczne, czego u naszej chorej nie stwierdziliśmy. Przebieg choroby zupełnie bezgorączkowy czynił również wątpliwem zakażenie pałeczką Shiga-Krusego, jak też pokrewnemi typami Flexnera, Stronga, Y. Za czerwonką pełzakową przemawiały i inne objawy, jako to: obniżenie ogólnej kwasoty żołądka i brak wolnego kwasu solnego, zasadowe oddziaływanie kału, skąpe ilości ciałek ropnych w kale oraz niezbyt dotkliwe parcie na stolec. Ten ostatni objaw świadczy o mniej rozwiniętych zmianach w obrębie błony śluzowej odbytnicy. Zdaniem Loehleina, okoliczność ta jest wysoce charakterystyczna dla czerwonki pełzakowej, albowiem w czerwonce bakteryjnej wprost przeciwnie, zmiany wrzodziejące zwiększają się intensywnie w kierunku ku odbytnicy.

Czerwonki rozwijające się na podłożu pierwotniaków, zdarzających się w przewodzie pokarmowym człowieka w Polsce, jak *balantidium coli i lamblia intestinalis*, skądinąd wykazujące symptomatologję kliniczną bardzo pokrewną, a czasem nawet niemal analogiczną, o ile chodzi o nasz przypadek, w grę nie wchodziły wobec ujemnego wyniku badania kału i żółci na te pasorzyty.

A zatem więc, pozytywny wynik badania kału z jednej strony, z drugiej zaś przeprowadzona dyskusja różniczkowa skłoniły nas do rozpoznania czerwonki, w której wykryty pełzak odegrał rolę chorobotwórczą.

Wychodząc z tego założenia zastosowano u chorej leczenie swoiste stowarsolem, którego ewentualna skuteczność upewniłaby nas co do słuszności powziętego rozpoznania. Ten tradycją uświęcony sposób rozpoznawczy *ex juvantibus*, o ile chodzi o czerwonkę pełzakową może niekiedy w wątpliwych przypadkach okazać się bardzo pomocnym w rozpoznaniu, jak to podkreśla wielu badaczy, a co bodaj ważniejsze, uchronić może niejednego pacjenta od ciężkich następstw a nieraz i niechybnej śmierci, gdy zbyt długo wahamy się z rozpoznaniem i leczeniem.

Śmierć chorej z powodu przebicia owrzodzeń jelita i w następstwie zapalenia otrzewnej, stanęła na przeszkodzie dalszej obserwacji.

Rozpoznanie kliniczne ustaliliśmy w następującem brzmieniu: *Colitis ulcerosa e polyhelminthiasi (amoeba, trichocephalus dispar, ascaris lumbricoides, botriocephalus latus). Hypostasis pulmonis utriusque. Peritonitis e perforatione ulcerum. Anasarca l. gr. Inanitio. Achlorhydria. Anaemia secundaria.*

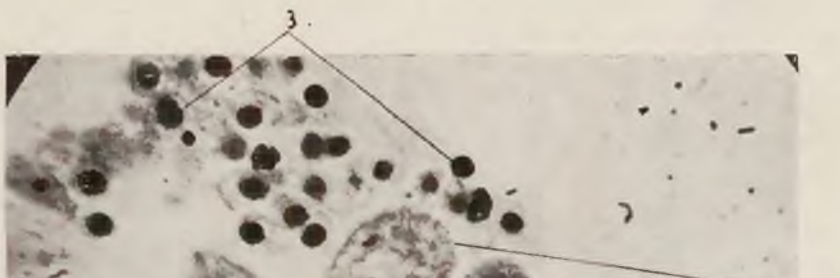
Badanie sekcyjne (Dr. A. Siedlecka) l. prot. 2076/32 wykazało między innemi: „... jelita cienkie zawierają obficie treść żółtawą, płynną w paru miejscach czerwonawą oraz kilka glist dżdżownicowatych. Śluzówka na całej przestrzeni gładka, szaro-żółtawa. Jelita grube zawierają bardzo obficie treść brunatno-czerwoną ze skrzepami krwi. W śluzówce bardzo liczne, rozległe



Ryc. 1. Mikrofotografja. Powiększenie 128.
1. Skupienie pełzaków. 2. Naciek drobnokomórkowy.
3. Gruczoł Lieberkühna.



Ryc. 2. Mikrofotografja. Powiększenie 285.
1. Szereg pełzaków w charakterystycznem ułożeniu.



Ryc. 3. Mikrofotografja. Powiększenie 1000.
1. Pełzaki. 2. Pełzaki z widocznem jądrem i jąderkiem. 3. Limfocyty.

o postrzępionych ścianach ubytki, których ilość zwiększa się ku dołowi; w miejscu owrzodzeń, miejscami ścianka bardzo cienka z łatwością się przedziurawia. Pomiędzy ubytkami śluzówka gładka, szyfrowa. W odbytnicy owrzodzeń znowu mniej. W kątnicy liczne dość ubytki, jak w jelicie g ubem. W zawartości kilka włosogłówek ludzkich. Wyrostek robaczkowy długości 8 cm zwisa ku dołowi; w śluzówce parę niewielkich ubytków...".

Rozpoznanie anatomo-patologiczne.

Colitis ulcerosa. Ulcerationes profundae coeci, colonis transversi, sigmoidei usque ad serosam progredientes, susbsequente peritonitide fibrinosa recente circumscripta (loco ulcerationis). Sanguis liquidus et cruores sanguini in intestino crasso. Steatosis myocardii hepatisque. Atrophia lienis. Bronchopneumonia hypostatica inferior posterior bilateralis. Adhaesio cupulae pleurae dextrae. Ascarides in intestino tenui; trichocephali dispares in coeco. Anaemia universalis.

W zabarwionych skrawkach ze ściany jelita grubego stwierdzono (Doc. Dr. L. Anigstein) — rozsiane w znacznej liczbie pełzaki, ułożone pojedyńczo lub w skupieniach, a miejscami charakterystycznie w postaci pasm, drążących wgłąb ściany jelita. Ściana jelita wykazuje rozległe nacieczenie drobnokomórkowe złożone z limfocytów. Najbardziej liczne skupienia pełzaków widzi się w obrębie nacieczeń; nie brak ich także w warstwie podśluzowej (patrz załączone ryciny).

Według oświadczenia prof. Stefańskiego i doc. Anigsteina, obecność pełzaków w głębszych warstwach ściany jelita, tudzież znamienne przenikanie pasorzytów wgłąb i typowe cechy niektórych egzemplarzy pasorzyta na utrwalonym i zabarwionym preparacie są w dostatecznej mierze wystarczające do rozpoznania *Entamoeba histolytica*, który w odróżnieniu od innych pełzaków przewodu pokarmowego człowieka jest pasorzytem *par excellence* tkankowym. Przy uwzględnieniu zespołu objawów klinicznych oraz wyniku badania Dr. Obitza nad postacią wolną pełzaka, rozpoznanie zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. UNGAR Maksymiljan. Lwów.

Gruczoły przyuszne a cukrzyca *).

Przyczynek do zagadnienia wewnętrznego wydzielania gruczołów przyusznych.

Endokrynologja kryje w sobie jeszcze wiele tajemnic. Pomimo szeregu badań, doświadczeń niewyjaśnioną pozostała do dnia dzisiejszego czynność niektórych gruczołów dokrewnych oraz związek, zachodzący pomiędzy niemi. Tu i ówdzie spotyka się przypadki, które uderzają swą odrębnością, nie dają się uszeregować w rzędzie znanych schorzeń, a przez to odkrywają czynność pewnego narządu w kierunku dotychczas mało lub wogóle nieznanym. Do przypadków podobnych można zaliczyć przypadek interesujący, który pozwolę sobie przedstawić i omówić. Rzuca on pewne światło na korelację gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i pozwala wyciągać pewne wnioski praktyczne. Interesującym jest on tem bardziej, że oprócz 3 podobnych przypadków, opisanych przez Charvata, nie spotkałem się nigdzie z podobną jednostką chorobową.

Pani S. W., lat 40, zgłosiła się 14. III. 1932 z powodu cukrzycy, na którą cierpi od 2 lat. W r. 1930 z powodu ogólnego osłabienia, szybkiego męczenia się oraz częstego bicia serca zwróciła się do lekarza, który stwierdził w moczu cukier. Od tego czasu miewa stale cukier w moczu w bardzo małej ilości (0.2—0.5). Nie odczuwa znaczniejszych podmiotowych dolegliwości, tylko przy szybkiem chodzeniu występuje nieznaczna duszność. Podobno od pewnego czasu stała się bardzo nerwową. Nie trzyma się diety przepisanej przez lekarza, bierze tylko sacharynę zamiast cukru oraz unika mącznych potraw. Wywiady rodzinne są bez znaczenia. Od roku zauważyła powolne powiększanie się gruczołów przyusznych. Obrzęk gruczołów nie był bolesny, gorączki nie miała, obrzęk powstał bez objawów zapalnych. Przedmiotowo stan przedstawia się następująco. Osoba otyła (c. ciała 86 kg przy wzroście 1.57), twarz zniekształcona z powodu obrzęku symetrycznego obu gruczołów przyusznych, które zajmują przestrzeń od małżowiny uszu do połowy policzka. Gruczoły są na ucisk niebolesne, twarde, skóra nad niemi jest niezmieniona. Gruczoły łzowe nie są obrzękłe, gruczoły podszczękowe również niepowiększone. Jama ustna bez zmian. Gruczoł tarczykowy niepowiększony. Płuca wypukiem i przysłuchem prawidłowe. Co do serca, to stwierdza się przerost lewej komory, tony czyste. Tętno miarowe, 80 uderzeń na minutę, ciśnienie 150/80. Pozostałe narządy nie wykazują zmian. Mocz: c. g. 1022, białko 0, cukier 0.5%. W osadzie brak składników patologicznych. Badanie krwi wykazuje: 4,300.000 ciałek czerwonych, 80% hemoglobiny, wskaźnik 0.9. — 7.600 ciałek białych (70% obojętnochłonnych wielojądrzastych, 24% limfocytów, 2% kwasochłonnych, 1% pałeczkowatych, 3% monocytów), dość płytek. Krzywa glikemiczna krwi jest typowo cukrzycowa: naczczo cukier we krwi 147‰, w moczu 0,4%. 30 minut po spożyciu herbaty z 50 g glukozy — cukier we krwi 210‰, w moczu 1.5%, po 60 min. 224‰ we krwi, w moczu 2.2%, po 120 min. we krwi 160‰, w moczu 0.7%. Rozpoznanie: cukrzyca, choroba Mikulicza? Po przepisaniu diety bezwęglowodanowej cukier w moczu znikł zupełnie, we krwi cukier wynosił 0.98‰, gruczoły jednak nie uległy żadnej zmianie.

W poszukiwaniu za piśmiennictwem, któreby mi mogło wyjaśnić to ciekawe powikłanie cukrzycy z obrzękiem symetrycznym gruczołów przyusznych wpadła mi w ręce praca Charvata, który w roku ubiegłym opisał trzy przypadki cukrzycy, powikłanej obrzękiem *parotis*, w jednym przypadku także z obrzękiem gruczołów łzowych. Charwat rozpoznał te przypadki jako zespół Mikulicza z cukrzycą. Ponieważ po zastosowaniu insuliny w małych dawkach, osiągnął on w przypadkach tych zmniejszenie się gruczołów przyusznych, zastosowałem to leczenie także w przypadku wyżej opisanym. Chora otrzymała 2 razy dziennie po 5 jednostek insuliny, po 10 dniach obrzęk gruczołów przyusznych zaczął szybko się zmniejszać, lecz zupełnie nie ustąpił. Jak się dowiedziałem ostatnio, w domu (chora mieszka na prowincji) zpowrotem gruczoły przyuszne powiększyły się lecz w stopniu o wiele mniejszym.

Przypadek opisany zmusza nas do szczegółowego zastanowienia się nad związkiem, zachodzącym pomiędzy cukrzycą, wywoływaną niedomaganiem trzustki, a ślinniankami. Dawniej sądzono, że ślina ślinianek rozszczepia diastatycznie węglowodany, według niektórych ślina potrzebna jest do prawidłowego przebiegu trawienia żołądkowego. Jednak podnosiły się już dawniej głosy, że ślinianki spełniają jeszcze inne zadanie w ustroju. Renzi i Reale zajmowali się badaniem czynności gruczołów przyusznych, poza wydzielaniem śliny, i donieśli w r. 1890 o cukromoczu, który wystąpił u psów po usunięciu dwunastnicy i ślinianek. Przyczyny cukromoczu dopatrywali się w czynności wspomnianych narządów, czemu sprzeciwił się Minkowski. Minkowski uważał ten cukromocz za przejściowy i to w stopniu nie dającym się porównać z wydzielaniem cukru po wycięciu trzustki. Te spostrzeżenia Włochów nasunęły jednak pytanie, czy także inne narządy prócz trzustki posiadają wpływ na przemianę cukru w ustroju, względnie, czy istnieją narządy, które mogą uzupełniać uszkodzoną czynność trzustki. Tłumacząc wyniki te A. Seelig (1893) zajmuje stanowisko pośrednie, albowiem jego zdaniem zastępcze działanie innych narządów przy zwolna rozwijającem się zmniejszaniu czynności trzustki, nie pozwala na powstanie cukromoczu.

W r. 1902 Baccarani i Morano wykazali, że zwierzęta po usunięciu ślinianek giną w krótkim czasie wśród objawów charłactwa i drgawek. Jeśli zaś zaszczepi się tym zwierzętom śliniankę, to połowę z nich można utrzymać przy życiu. Pagliani potwierdził te doświadczenia i uchronił zwierzęta przed śmiercią również wstrzykiwaniem wyciągów z ślinianek. Baccarani i Zagari na tej podstawie zaczęli w r. 1903 przypisywać śliniankom zdolność wewnętrznego wydzielania i rozróżniali dwie kliniczne postacie ich niedomogi. Postać łagodna przypomina neurastenję, cięższa połączona z zupełnem zanikiem gruczołów wiedzie do charłactwa, ciężkich zaburzeń odżywczych, a nawet do śmierci. Dowodzili oni, że schorzenia przewlekłe (gruźlica, rak) prowadzą do marskości gruczołów przyusznych i radzili przeto wstrzykiwać w podobnych przypadkach wyciągi ślinianek lub je podwiązywać.

W r. 1906 Italia opisuje doświadczenia, które wykazały, jako następstwo doświadczalnego zaniku trzustki przerost przyusznicy.

Hemeter (1907 r.) po usunięciu obu przyusznic u psa zaobserwował uwiąd oraz uszkodzenie wydzielania żołądkowego. Przy pomocy wstrzykiwań wyciągów lub zaszczepiania ślinianek udało mu się przeszkodzić powstawaniu tych uszkodzeń, względnie usunąć uszkodzenia już powstałe.

Aczkolwiek tu i ówdzie zajmowano się badaniem czynności ślinianek, to jednak naogół zagadnieniu wewnętrznego wydzielania tych gruczołów nie poświęcano większej uwagi. A jednak istnieją kliniczne dane, że pomiędzy przyusznicami a innemi gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu istnieje pewien związek. Mianowicie Routh donosi w r. 1912 o wystąpieniu kwasicy i cukromoczu w przypadku nagminnego zapalenia przyusznic: rzuca przytem pytanie, czy cukromocz powstał przez samozakażenie i uszkodzenie czynności trzustki, czy też zniesiona lub uszkodzona czynność gruczołu przyusznego i podszczękowego wywołały przejściowo uszko-

*) Wygł. 24 czerwca 1932 w Lwowskiem Tow. Lekarskiem.

dzenie przemiany węglowodanowej? Również Cheinisse stwierdził w przypadku mumpsa często łagodnie przebiegające zapalenie trzustki, której towarzyszą bóle brzucha, wymioty i macalne powiększenie trzustki. W moczu można wykazać cukier, który, wydzielany stale, jest następstwem wikłającego zapalenia trzustki. Freund i Neurath opisują objawy ostrego zapalenia trzustki w toku lub jako następstwo nagminnego zapalenia przyusznicy. Nie brak zmian w przyusznicy także i w przebiegu schorzeń innych gruczołów dokrewnych. Mohr (1913) zauważył przerost przyusznicy przy zaniku gruczołów płciowych. Podobnie Haemerli (1920) a tegoż roku Dalche opisali przerost przyusznicy u jednej kobiety w menopauzie i u mężczyzn z obniżoną czynnością płciową. Ehrlich (1922) mówi o 1676 dzieciach z Polski i opisuje w 9% powiększenie gruczołów przyusznych, którego nie uważa za objaw sprawy zakaźnej, tylko za następstwo uszkodzenia wewnętrznego wydzielania, zawinionego niedożywieniem. Apert stwierdził zwiększone gruczoły przyuszne w przypadku upośledzonej czynności tarczycy, Lévy i Rothschild, Sourdel i inni w obrzęku śluzowatym. Bauer u mężczyzny z nowotworem jądra i wolem. Związek pomiędzy gruczołami płciowemi a przyusznicami znany jest oddawna. Zwłaszcza wskazywano, że nagminne zapalenie przyusznic idzie w parze u mężczyzn bardzo często ze schorzeniem jądra, u kobiet z zapaleniem jajników i sutków. Inne spostrzeżenia wykazują, że zapalenie przyusznic rozwinęło się po schorzeniach i zabiegach ginekologicznych. Podkreślało się, że mumps częściej występuje u chorych z rozwiniętą czynnością płciową, rzadziej we wczesnym wieku dziecięcym i u starców.

Goljanicky przeprowadzał (1924) badania histologiczne eksperymentalne i kliniczne, znajdując uderzające podobieństwo w budowie gruczołów przyusznych i trzustki. Wysepkom Langerhansa odpowiadają w śliniankach komórki śródmiąższowe, t. zw. komórki gwiaździste, usadowione na właściwej błonie kanalików wydzielniczych, jako też t. zw. komórki półksiężycowate Gianuzziego, dawniej uważane za komórki śluzowe. Jeśli podwiąże się przewód Stenona, dochodzi do zmian podobnych, jak po podwiązaniu przewodu trzustkowego lub przewodu nasiennego w jądrze: nabłonek wydzielający nazewnątrz zanika, natomiast ilość tkanki śródmiąższowej zwiększa się. Przez podwiązanie zmniejsza się czynność wydzielnicza nazewnątrz, a wzmaga się wydzielanie dokrewne. Po podwiązaniu przewodu Stenona cukier we krwi obniża się, naodwrót po usunięciu gruczołów przyusznych powstaje (u królika) cukromocz. Wewnętrzne wydzielanie gruczołów przyusznych działa więc podobnie, jak insulina a hormony podobne są do siebie także w tem, że obydwa są antagonistami adrenaliny (przy doświadczeniu na naczyniach i t. d.).

Ciekawem jest, że Best, Scott i Banting stwierdzili w r. 1923 w gruczołach przyusznych bardzo wiele insuliny, przypuszczali jednak, że jest to insulina trzustkowa, wychwytywana przez te gruczoły z krwi.

Według Goljanicky'ego należy podwiązywać przyusznicę tylko po jednej stronie. Jeśli podwiąże się gruczoły przyuszne po obu stronach, to wystąpi u królika tylko nieznaczny cukromocz, lecz szybko rozwija się ciężkie charłactwo, prowadzące do śmierci. Po przeszczepieniu gruczołów przyusznych do jamy brzusznej, zwierzęta pozostają przy życiu, przyczem w przeszczepie zaczyna rozwijać się tkanka śródmiąższowa. Jeśli uszkodzi się jedną przyusznicę, to wkrótce powstają podobne zmiany także po drugiej stronie, w gruczole nieuszkodzonym. Autor wyjaśnia ten objaw teorją Miecznikowa o cytotoksynach i używa tej teorji dla wyjaśnienia związku przyusznicy z gonadami: mają pokrewne cytotoksyny, stąd ich równoczesne schorzenie. Podobnie, jak Baccarani i Zagari, Goljanicky zaleca leczenie zastępcze w przypadkach niedostatecznej czynności gruczołów przyusznych. Wstrzykiwał on wpierw *parotidin* Poehla, później sam wyrabiał wyciągi z gruczołów przyusznych, na krótko przedtem podwiązanych. Autor donosi o korzystnym wpływie wyciągów tych na schorzenia, prowadzące do charłactwa. Jako silniej działający zabieg stosuje podwiązywanie przewodu Stenona (korzystny wpływ tego zabiegu zauważył np. u chorego z rakiem przełyku i u starca ze zgorzelą cukrzycową).

Spostrzeżenia Goljanicky'ego kontrolował na psach T. i M. Cachan, którzy badali hiperglikemję pokarmową przed i po usunięciu gruczołów przyusznych. Po usunięciu była podobno wyższą.

Myśl, by przez częściowe podwiązanie trzustki wywołać bujanie układu wysepkowego i obfitsze wydzielanie insuliny okazała się dobrą. Okazało się, że zwierzęta po usunięciu zewnętrznego wydzielania trzustki tak się zachowywały, jak gdyby otrzymywały stale insulinę, że w części podwiązanej zwiększyła się wielka ilość komórek Langerhansa, a część ta posiadała insulinę w ilości, przekraczającej normę (Herzheimer). Wobec analogicznych wyników Steinacha z gruczołami płciowemi nasuwa się myśl, że może istotą każdego wewnętrznego wydzielania jest ustanie wydzielania zewnętrznego. Zależnie od tego pewne przetwory komórki gruczołowej są bądź wydzielane nazewnątrz, bądź też dostają się do krwi i przeto tak różnie przedstawiają się działania wydzielania wewnętrznego i zewnętrznego.

Za słusznością tego poglądu przemawiają dane z histologji i embrjologji, z których wynika, że tarczyca, grasica, gruczoły przytarczyczne i trzustka, ongiś posiadały przewody nazewnątrz prowadzące i że tarczyca u niższych kręgowców stale otwiera się do gardła, wydzielając ciało kleiste, które posiada wielkie znaczenie w pobieraniu pokarmu z wodą. W rozwoju rodowym przewód ten cofnął się przy przejściu do pożywienia stałego, a tarczyca stała się gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu.

Ta fizjologja porównawcza jest ważnym punktem oparcia dla przypuszczenia, że pewne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu powstały z narządów, które służyły dawniej do wydzielania zewnętrznego, i że ta zmiana czynności warunkowana jest zamknięciem przewodu. Przez to z jednej strony nasze badania nad trzustką nabierają nowego światła, ponieważ musimy widzieć w nich naśladownictwo tej sprawy, z drugiej strony otwiera się nowa droga, by na gruczołach, które nie posiadają żadnego wydzielania wewnętrznego lub w małym stopniu, przeprowadzić zmianę czynności i zmusić je do wydzielania wewnętrznego, przemienić w gruczoły dokrewne. Prawdopodobieństwo to zachodzi przedewszystkiem w przyusznicy. Należałoby zatem spodziewać się, że ze względu na strukturalne i czynnościowe podobieństwo gruczołu przyusznego z trzustką, w chwili przerwania wydzielania zewnętrznego zostanie gruczoł pobudzony do wydzielania wewnętrznego, które musiałoby być podobne do działania insuliny.

By tę możliwość stwierdzić, Mansfeld i Schmidt podwiązali 2 psom, pozbawionym trzustki, przewód Stenona. U zwierząt tych tolerancja węglowodanowa wzrosła tak dalece, że wkońcu przewyższała tolerancję psów kontrolnych. Autorzy przypuszczają, że gruczoły przyuszne wydzielają do krwiobiegu ciało, które pobudza resztkę trzustki do większej produkcji insuliny.

Po pracach tych budzi się zainteresowanie teoretyczne, szczególnie jednak praktyczne. Utimura (1927) stwierdza, że po usunięciu przyusznicy u psów otrzymał stałe obniżenie poziomu cukru we krwi, wzrost ilości wysepek Langerhansa w trzustce oraz zwiększenie się glikogeno-twórczej czynności wątroby. Równocześnie autor ten donosi o przeciwstawnem zachowaniu się gruczołu podszczękowego w stosunku do przyusznicy. Jeśli usunie się równocześnie śliniankę przyuszną i podszczękową, to nie wystąpią we wspomnianych narządach żadne zmiany.

Tegoż roku Römer opisuje 2 przypadki uszkodzenia tarczycy z powiększeniem przyusznicy, a z wyniku leczenia i przebiegu klinicznego sądzi, że ślinianki nie posiadają specjalnej czynności inkrecyjnej, tylko działają skoordynowanie z gruczołami dokrewnemi (prawdopodobnie za pośrednictwem układu współczulnego).

Seelig (Klinika Bergmanna) w r. 1928 i 1929 badał zachowanie się poziomu cukru we krwi u psów po doświadczalnem usunięciu zewnętrznego wydzielania obu przyusznic. Po podwiązaniu przewodu Stenona u psa powstaje trwała hiperglikemja, jednak tym zabiegiem niemożliwem jest uchronić zwierzęta, którym wyjęto trzustkę od charakterystycznego charłactwa, kończącego się śmiercią. Natomiast jeżeli podwiąże się wpierw przyusznicę, a dopiero po pewnym czasie usunie się trzustkę, to hiperglikemja nie osiąga tak wysokich wartości, rana lepiej się goi, charłactwo rozwija się wolniej. Zachęceni temi doświadczeniami wykazującemi, że przez podwiązanie przewodu Stenona powstaje działanie obniżające poziom cukru we krwi, przeprowadzili operację podwiązywania przewodu Stenona u 10 osobników z cukrzycą. Operacyj dokonał Gohrbrandt (z Kliniki Sauerbrucha). U 7 widoczna była znaczna poprawa, 3 przypadki nie wykazywały poprawy. W drugiej pracy Seelig mówi o 18 chorych cukrzycowych, u których efekt leczniczy tego zabiegu był mały.

Bono Simmonetta (1928) zwolna, następowo usuwał gruczoły przyuszne, podjęzykowe, podoczny, lecz króliki pozostały przy życiu. Wątpi o wartości przekonywującej starszych doświadczeń.

Mironesco, Nicolesco i Stefanesco-Dima (1929) badali glikemję u 15 osobników, cierpiących na nagminne zapalenie przyusznic, i stwierdzili w 9 przypadkach prawidłową ilość cukru we krwi, w 5 nieznaczną hiperglikemję a w 1 nieco obniżony poziom cukru we krwi. Samoistnego cukromoczu nie było.

Peluffo (1929) zajmował się badaniem pH w ślinie osobników zdrowych i cukrzycowych. Nie stwierdził on żadnej różnicy, jedynie po insulinie zasadowość śliny nieco się zwiększyła.

Loos (1930) opisuje 53 letnią kobietę z niezapalnym przerostem przyusznicy, który trwa już 8 lat, u której nie stwierdził we krwi objawów schorzenia limfatycznego. Dowodzi, że symetrycz-

ne powiększenie przyusznic i guzka podszczękowego, zaliczone do zespołu Mikulicza, bywa przynajmniej częściowo wywołane prawdziwym rozrostem miąższu gruczołowego, a występuje w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. (ch. Basedowa, stan grasiczo-limfatyczny i cukrzyca). Dobrzaniecki i Michałowski (1930) potwierdzili antyglikemiczny i antyglikozuryczny wpływ podwiązania przewodu Stenona u psów, których pozbawiono częściowo trzustki i zastrzykiwano c. gronowy.

Jak widać z tego, zagadnienie wewnętrznego wydzielania gruczołów przyusznych nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Zdaje się, że przyusznica inkretorycznie współdziała w przemianie węglowodanowej w myśl działania insuliny trzustkowej, choć słabiej. Porównanie z trzustką jest nęcące: oba gruczoły przez swe wydzielanie zewnętrzne biorą udział w trawieniu diastatycznem w przewodzie pokarmowym, podczas gdy czynność dokrewna posiada wpływ na środowiska wewnętrzne t. j. tkankę i krew.

Przypadek przeze mnie opisany jako też przypadki Charvata zgadzałyby się z tem tłumaczeniem. Przebiegiem, klinicznym obrazem, obrazem krwi i odczynami surowicy przypadek ten wymyka się z pod obrazu zapalnego, białaczkowego lub swoistej sprawy. Możliwe jest, że wystąpił tu rozrost miąższu w celu kompensacyjnym: przy rozpoczynającej cukrzycy pomaga przyusznica słabnącym wysepkom Langerhansa. Za kompensacyjnym przerostem, synergetycznym z wysepkami Langerhansa, przemawia i wynik leczniczy stosowania insuliny.

Nasuwa się pytanie, dlaczego przerost przyusznicy nie występuje częściej w przebiegu cukrzycy? Na pytanie to trudno jest odpowiedzieć. Możliwe jest, jak przypuszcza Charvat, że konieczne jest do tego pewne usposobienie dokrewne, którego podstawa jest dotychczas nieznana. W niedostatecznych wiadomościach o korelacjach dokrewnych gruczołów przyusznych trudno jest osądzić, jaka konstelacja teoretycznie miałaby wywołać ich powiększenie przy cukrzycy. W jednym z przypadków Charvata uszkodzenie korelacji dokrewnej było dziedziczne. Ojciec tej chorej zmarł na cukrzycę, matka cierpiała na wole, chora sama również posiada wole i znajduje się w okresie przekwitania. W drugim przypadku było również przekwitanie oraz zaznaczone wole. Oprócz tego obie kobiety były bardzo otyłe. W trzecim przypadku, (mężczyzna), gruczoł tarczykowy był nieco powiększony. W przypadku moim oprócz otyłości nie można było innych zmian dokrewnych wykazać. Niewiadomem jest zatem, jakiego rodzaju uszkodzenie posiada wpływ na powiększenie przyusznicy przy równocześnie istniejącej cukrzycy. We wszystkich dotychczas opisanych przypadkach obok powiększenia przyusznicy i cukrzycy istniały jeszcze pewne zmiany w innych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, przeważnie otyłość i przekwitanie. Zakażenie wstępujące gruczołów przyusznych w cukrzycy z powodu częstości zakażeń jamy ustnej byłoby możliwe, lecz badanie szczegółowe wykluczyło tę możliwość. Zęby, dziąsła, jako też cała błona śluzowa jamy ustnej były prawidłowe.

Przypadek mój nasuwa jeszcze jedną uwagę o istocie t. zw. zespołu Mikulicza. Mikulicz w r. 1892 opisał obrzęk symetryczny gruczołów przyusznych i łzowych, niebolesny, twardy, niezapalny, przyczem stwierdził nacieki limfatyczne pomiędzy poszczególnemi zrazikami gruczołowemi. Gigon dowodzi, że choroba Mikulicza nie jest samodzielną jednostką chorobową, tylko zespołem objawów, który występuje najczęściej w postaci niezupełnej (najczęściej obie przyusznice), o ciemnej i niejasnej etjologji. Może on wystąpić rodzinnie, nawet tylko w pewnych okolicach (na Madagaskarze i w Algerze podobno jest bardzo rozpowszechniony i nie jest pochodzenia zapalnego). Gigon podaje z piśmiennictwa przypadki choroby Mikulicza w przebiegu achylji trzustkowej, schorzeń gruczołów płciowych, przerostu tarczycy, stanu grasiczo-limfatycznego, otyłości i wogóle uszkodzeń dokrewnych. Aschoff zauważył również obrzęk gruczołów przyusznych w przypadkach otyłości [1]) i nie może tego wytłumaczyć, aczkolwiek za podstawę choroby Mikulicza przyjmuje *granuloma* Hodgkina. Obrzęk gruczołów przyusznych wystąpić może dalej w przypadkach gruźlicy, białaczki, ziarniniaka złośliwego, raka i t. d., wątpliwem jednak jest, by te przypadki należały do klinicznego obrazu prawdziwej choroby Mikulicza, która jest schorzeniem dobrotliwem, niezapalnem, symetrycznie zajmującem oba gruczoły przyuszne, również we krwi nie powodującem zmian (co najwyżej, według Gigona, zmniejszenie ilości hemoglobiny).

Ze względu na etjologiczną niejasność wyłania się zagadnienie, czy większość przypadków choroby Mikulicza nie jest tylko wyrazem przerostu miąższu z przyczyn dokrewnych. Należałoby w każdym przypadku zespołu Mikulicza szukać przedewszystkiem za uszkodzeniem gospodarki węglowodanowej, które może być utajone a objawi się dopiero po obciążeniu ustroju glukozą. Badanie moczu samo dla siebie nie wystarcza. W tem pojęciu można powyżej opisany przypadek uważać za chorobę Mikulicza w rozpoczynającej się cukrzycy. Rozważanie podobne skłoniło również Charvata do przyjęcia rozpoznania choroby Mikulicza przy cukrzycy w przypadkach, przez siebie opisanych.

Przypadek ten pozwoliłem sobie obszerniej omówić, gdyż w dostępnem mi piśmiennictwie za wyjątkiem pracy Loosa i Charvata nie znalazłem bliższej wzmianki o tem, by w przebiegu cukrzycy lekkiej występował przerost symetryczny gruczołów przyusznych [2]). Na baczniejszą uwagę zasługuje też okoliczność, że małemi dawkami insuliny udało się zmniejszyć w zespole Mikulicza powiększone gruczoły. Przy naszej bezsilności leczniczej wobec choroby Mikulicza posiada i to spostrzeżenie pewne znaczenie.

[1]) Spinzels (1912 r.) zwrócił uwagę na częste występywanie obrzęku przyusznic wśród otyłych. Na 33 przypadków w 4 znalazł cukromocz, w 9 cukrzycę utajoną.

Piśmiennictwo:

Aschoff: Anatom. patolog., wydanie IV, II tom, str. 773. — Baccarani cyt. według Zuelzera. — Bono Simmonetta, cyt. wg. Charvata. — Charvat: Č. C. L. tom LXXI, z. 5. — Dalché: Presse Méd. 1920, z. 80. — Dobrzaniecki i Michałowski: Lyon Chirurgical 1931, z. 5. — Ehrlich: Presse Méd. 1922, z. 13. — Freund: Wien. Kl. W. 1911, z. 41. — Gigon: Bergmann-Staehlin, Hdbuch d. inn. Medizin, t. III. str. 1. — Goljanický: Langenbecks Arch., 1924, 130, 4. — Goljanický i Smirnowa: Zschrift f. Kl. Med. 1927, 105, Z. 516. — Hemeter: Biochem. Zschr. 1908, z. 11. — Loos: Archiv. f. Kl. Chirurgie, 1930, 553. — Mansfeld i Schmidt: Klin. Woch. 1928, str. 1457. — Mansfeld: Arch. f. exper. Patholog. u. Pharmakol. 130. Z. 1/4. — Mering, Minkowski: Zentralblatt f. Kl. Med. 1889, Z. 23. — Mironesco-Nicolesco-Stefanesco Dima według Charvata. — Mohr: Ztschr. Geburth. u. Gynek. 1913, Z. 4. — Neurath: Wien. Kl. Woch. 1911, z. 19. — Pagliani wg. Zuelzera. — Römer: Mitt. a .d. Grenzgeb. Med. u. Chir., 1927, 40, 465. — Routh wg. Seeliga. — Seelig: Klin. Woch. 1928, 1228. — Seelig: Arch. Klin. Chir. 1929, 322. — Schmidt: Kl. Woch. 1930, str. 1969. — Staehelin: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1928, str. 111. — Utimura wedł. Seeliga. — Zuelzer: Handbuch. d. inn. Sekretion t. II, str. 915.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. med. Ludwik PONCZ. Warszawa.

Zapalenie obustronne gruczołów łzowych jako powikłanie w przebiegu zapalenia nagminnego przyusznic.

Z Filji Szpitala Okręgowego Nr. 1. na Zakroczymskiej. Oddział dla chorych zakaźnych.
Kierownik naukowy: Doc. Dr. Leon Karwacki.

W przebiegu zapalenia nagminnego przyusznic zapalenie jądra należy do najczęstszych powikłań. Dość często też w przebiegu tej choroby obserwuje się powiększenie ślinianek podżuchwowych i podjęzykowych.

Bardzo rzadko spotykamy się ze schorzeniem zapalnem trzustki. Rzadko też widujemy powiększenie śledziony w nagminnem zapaleniu przyusznicy. Z innych powikłań także rzadkich należy wspomnieć o zapaleniu surowiczem opon mózgowych, z którem mieliśmy do czynienia na Oddziale w paru przypadkach z zejściem pomyślnem.

Najbardziej rzadkiem powikłaniem w przebiegu nagminnego zapalenia przyusznicy jest zapalenie gruczołów łzowych. O rzadkości tego powikłania świadczy, że znaczna część autorów, przytaczając szereg powikłań rzadkich wspomnianej choroby, nie wspomina o niem zupełnie.

Przypadek, który będę omawiał, dość wyraźnie zilustruje to rzadkie powikłanie, przebieg zaś przedstawia się w sposób następujący:

Chory lat 22, szeregowiec, przybył dn. 1. X. 32 r., na Oddział oczny Szpitala Szkolnego C. W. San. w Warszawie. Z opowiadania chorego wynika, że na dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala wystąpił nagle obrzęk powiek obu oczu, oczy zaczerwieniły się, zaczęły boleć i ropieć. W parę dni zjawił się obrzęk twarzy w oko-

[2]) W międzyczasie E. Flaum (Klinika Jagiča) w październiku 1932 r. ogłosił w Kl. Woch. (Z. 41, str. 1704) pracę p. t.: *„Parotishypertrophie, ein Symptom des Diabetes mellitus"*. Badał 27 chorych z obrzękiem przyusznic; u 16 stwierdził cukromocz oraz zwiększoną ilość cukru we krwi naczczo, u 11 krzywa glikemiczna przemawiała za cukrzycą utajoną. Uważa obrzęk przyusznic za sprawę kompensacyjna w niedomodze trzustki.

licy stawów żuchwowych. Pomimo powyższych objawów chory nie przerywał swych zajęć, gdyż czuł się dobrze. Dopiero, kiedy na parę dni przed przybyciem do szpitala obrzęk się wzmógł, i wystąpiła gorączka, zgłosił się do lekarza oddziałowego, a ten odesłał chorego do szpitala.

Na oddziale ocznym stwierdzono u chorego, co następuje: Opuchnięcie powiek, w kątach zewnętrznych w oczodole w miejscach, odpowiadających położeniu gruczołów łzowych, guzki wielkości ziarna grochu, bolesne, ruchome, nie chełboczące. Spojówki powiek przekrwione, rozpulchnione, w lewej dolnej powiece gradówka. Okolice przyusznic obrzęknięte, obrzęk ciastowaty. V. O. d = 0,8; v. o. s. = 0,9. Ciepłota wynosiła 39°.

Na mocy powyższych objawów rozpoznano tamże zapalenie gruczołów łzowych obustronne, nagminne zapalenie przyusznic i nieżyt spojówek. Chory dn. 2. X. 32 został przeniesiony na oddział zakaźny. U chorego stwierdziliśmy obrzęk w obrębie powiek górnych, zwłaszcza obrzęk ten był wyraźny w częściach zewnętrznych powiek, gdzie też dobrze się wyczuwało powiększone gruczoły łzowe. Szpary oczne zwężone, spojówki przekrwione. W okolicy gruczołów przyusznych dość rozległy obrzęk, ze strony prawej większy. Stwierdziło się też powiększenie ślinianek podszczękowych. Ciepłota ciała 37,2°. W moczu odchyleń od normy brak.

Ze strony narządów wewnętrznych odchyleń od normy się nie stwierdziło. Obraz krwi przedstawiał się, jak następuje: hemoglobiny 80% = 100% Sahli'ego; ilość czerwonych ciałek krwi 5,000.000, białych ciałek krwi 4.500; wzór Schillinga: leukocyty obojętnochłonne: segmentowane — 56%, pałeczkowate — 8%, limfocyty — 32%, kwasochłonne — 1%, monocyty — 3%. Z obrazu chorobowego łatwo więc wywnioskować, że w danym przypadku mamy do czynienia z nagminnem zapaleniem przyusznic, przy jednoczesnem schorzeniu zapalnem ślinianek podżuchwowych, powikłanem zaś zapaleniem obustronnem gruczołów łzowych.

Ze słów chorego można też wnioskować, że albo obrzęk gruczołów łzowych poprzedził obrzęk przyusznic, albo też, że początkowo obrzęk ślinianek przyusznych z powodu małego natężenia nie był zauważony przez chorego.

W krótkim czasie obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek przyusznych ustąpił całkowicie, i chory wypisał się ze szpitala z zupełną poprawą. Według autorów okulistów, zapalenie gruczołów łzowych *(dacryoadenitis)*, zasadniczo należy do rzeczy bardzo rzadkich. Schorzenie to przeważnie powstaje na drodze przerzutowej t. j. przez zadziałanie czynnika chorobowego drogą krwi. Może to mieć miejsce w błonicy, rzeżączce, odrze, durze brzusznym i nagminnem zapaleniu przyusznicy. Znane są też przypadki usadowienia się w tych gruczołach gruźlicy i kiły w postaci kilaków. W zapaleniu nagminnem przyusznicy obserwowano zapalenie obustronne gruczołów łzowych przeważnie przy obrzęku jąder (Heine).

Wspomnę tutaj jeszcze o chorobie Mikulicza, której to chorobie towarzyszy powiększenie gruczołów łzowych, ślinianek podszczękowych i przyusznych. W tej chorobie powiększenie gruczołów stoi w związku z rozrostem tkanki limfatycznej w obrębie wspomnianych gruczołów, a nie z przerostem miąższu, poza tem w chorobie tej spotykamy zmiany w układzie limfatycznym, oraz zmiany w obrazie krwi, a przebieg samej choroby jest przewlekły, zejście niepomyślne. Przebieg chorobowy przypadku omawianego jest ostry, początek nagły z obrzękiem gruczołów łzowych i ślinianek przyusznych. Według Heine'go, w przypadku ostrego czy przewlekłego obrzęku gruczołów łzowych przy jednoczesnem obrzęku ślinianek podszczękowych należy zawsze pomyśleć o chorobie Mikulicza.

Przypadek ten zasługuje na uwagę jako duża rzadkość.

Piśmiennictwo:

Kraus i Brugsch: „Choroby infekcyjne" 1915 r. — Römer Paul: „Podręcznik chorób ocznych" Berlin 1921. — L. Heine: Choroby oka. Berlin 1921. — Ernst Fuchs: Podręcznik chorób ocznych. Wiedeń 1900.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT. Kraków.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

Dokończenie.

Prokurator: Pan profesor odłożył kilka przedmiotów jako nieokazujących śladów krwi. Czy na podstawie zbadania tych przedmiotów może pan profesor wykluczyć obecność krwi na tych przedmiotach?

Odpowiedź: Żadną miarą nie mogę tego uczynić. Jedynie bowiem pozytywne wyniki badania chemicznego, widmowego i serologicznego dowodzą obecności krwi, natomiast z ujemnego wyniku tych badań nie wolno wysnuwać wniosków, że na badanym przedmiocie nie było krwi. Krew bowiem mogła tam być, lecz została albo rozmyślnie usunięta np. przez wypranie, wywabienie środkami chemicznemi, zniszczona przez prasowanie gorącem żelazkiem i t. p. celem usunięcia i zatarcia śladów zbrodni, albo mogła ona ulec zniszczeniu przez różnorakie przypadkowe szkodliwe czynniki, zwłaszcza atmosferyczne jak: deszcz, wysoka ciepłota, naświetlenie, gnicie, przerośnięcie pleśnią, rdzą i t. d. Jeżeli zwłaszcza kilka takich szkodliwości działa równocześnie, wówczas krew ulega bardzo szybko zniszczeniu lub tak daleko posuniętym zmianom, że już żadnym sposobem nie można jej wykazać. I najbardziej ścisłe naukowe metody mają bowiem swoje granice, poza któremi nie można już uzyskać pozytywnych wyników. W wypadku zatem, w którym nie znaleziono na jakimś przedmiocie śladów krwawych, nie można twierdzić, że na tym przedmiocie krwi nie było, lecz jedynie, że badanie nie dostarczyło dowodów, iżby na danym przedmiocie znachodziła się krew. Zaznaczam, że w niniejszym przypadku przysłane do badania części garderoby oskarżonego były świeżo prane, a jednak na jednej parze świeżo wypranych spodni oskarżonego znalazłem krew, atoli było jej już tak mało, że nie udało się stwierdzić, czy była to krew ludzka, czy też innego pochodzenia.

Prokurator: Prosiłbym o szczegółowe umotywowanie, dlaczego pan profesor wyklucza powstanie śladów krwi z krwawienia miesiączkowego lub z krwotoku nosowego?

Odpowiedź: Krew miesiączkowa posiada pewne charakterystyczne dla niej cechy. I tak nie zawiera ona wcale lub bardzo niewiele włóknika, a natomiast zawiera składniki z dróg rodnych kobiecych, a zwłaszcza bardzo charakterystyczne nabłonki zawierające glikogen. Otóż w śladach krwawych, znalezionych w mieszkaniu oskarżonego, nie stwierdzono przy badaniu mikroskopowem tych charakterystycznych domieszek. Następnie krew miesiączkowa nie pozostawia śladów w postaci drobniutkich retort lub wykrzykników, jakie się znachodziły np. na komodzie. Inne zaś większe ślady krwawe znachodziły się wysoko nad drzwiami lub na ścianach i jest fizycznie niemożliwem, aby kobieta miesiączkująca mogła tak wysoko krwią broczyć. Wreszcie jest wykluczonem, aby denatka obracająca się jako modelka w kulturalnych sferach miejskich nie nauczyła się używać w czasie miesiączki tamponów, pasów menstruacyjnych, waty i t. p., lecz chodziła po całem domostwie i krwawiła. Przeciwko znowuż powstaniu owych śladów z krwotoku nosowego przemawia również cały szereg okoliczności. Krew z krwotoku nosowego pozostawia ślady przedewszystkiem na podłodze, na przedniej części ubrania i t. p., a natomiast trudno przypuścić, aby krwotok z nosa pozostawiał ślady rozmieszczone wysoko na ścianach lub nad drzwiami. Powtóre jeżeliby owe ślady miały pochodzić po krwawieniach z nosa, na jakie rzekomo oskarżony cierpiał, to jest niezrozumiałem, dlaczego żadnych wogóle śladów krwi nie znaleziono na strychu, gdzie oskarżony sypiał i jak się sam wyraził „pół żywota tam spędził". Wreszcie w czasie długomiesięcznej obserwacji oskarżonego w czasie śledztwa nikt nie zauważył u niego krwotoku z nosa, a również oskarżony nie zgłosił się ani razu z tego powodu do wizyty lekarskiej u lekarza więziennego. Zaznaczyć zaś należy, że więźniowie bardzo chętnie wyszukują u siebie choćby najmniejszy objaw chorobowy, aby móc przerwać szarą monotonję życia więziennego i zgłosić się do lekarza więziennego. Wkońcu jednakowa łatwa rozpuszczalność wszystkich śladów krwawych przemawia przeciw temu, aby one pochodziły z różnych okresów czasu, a zwłaszcza z czasu, gdy denatka mieszkała razem z oskarżonym, jak to on twierdzi, a natomiast przemawia za tem, że są one niezbyt dawnej daty i powstały mniej więcej przed 2—4 tygodniami. Wszystkie zatem powyższe okoliczności przemawiają przeciw temu, aby znalezione w domostwie oskarżonego i jako krew ludzka stwierdzone ślady krwawe pochodziły z krwi miesiączkowej lub z krwotoku z nosa.

Prokurator: Czy możecie panowie na podstawie własnej praktyki lub odnośnej literatury oznaczyć, jak długo może trwać podobne ćwiartowanie zwłok jak w naszym przypadku i czy dużo krwi przytem pozostaje?

Odpowiedź: O ile chodzi o określenie czasu, potrzebnego do rozkawałkowania zwłok, to z tą sprawą nie spotkałem się w dostępnem mi piśmiennictwie sądowo-lekarskiem i kryminalistycznem. Natomiast sprawa oznaczania ilości wylanej krwi jest dobrze znana i opracowana, a datuje się od czasu rozgłośnego procesu, toczącego się z końcem ubiegłego stulecia z powodu rzekomego morderstwa rytualnego w Polnie w Czechach. W owym przypadku lekarze, dokonujący sekcji zwłok zamordowanej Agnieszki Hruzówny orzekli, że ilość krwi, wsiąkłej w ziemię, tudzież znajdującej się około zwłok na miejscu czynu, była

mniejszą od ilości krwi, którą Agnieszka Hruzówna musiałaby stracić z odniesionych przy zamordowaniu ran i wysnuli stąd wniosek, że brakującej krwi użyto do innych celów, możliwie do celów rytualnych. Przypadek ten właśnie dał impuls do opracowania w berlińskim Zakładzie Medycyny Sądowej przez prof. Strassmanna (a potem także przez szereg innych badaczów) prób, mających na celu oznaczenie ilościowe krwi, znajdującej się na przedmiotach lub w ziemi, przyczem przekonano się, że o ile zwłoki znajdują się na piasku, miękkiej ziemi, gnoju i t. p., to w takim razie duża ilość krwi wsiąka bardzo szybko w takie podłoże i pozostawia bardzo niewiele śladów. Przy tej sposobności należy zaznaczyć, że ilość krwi człowieka oblicza się przeciętnie na 1/13 jego wagi, jednak mimo największej nawet utraty krwi pozostaje w zwłokach zawsze co najmniej 1/3 ogólnej ilości krwi, to znaczy, że można co najwyżej stracić tylko 2/3 ogólnej ilości krwi. Jeżeli te dane, stwierdzone przez naukę, przenieść na nasz przypadek, to okaże się, że denatka, kobieta 28-letnia, wzrostu 158—160 cm, musiała mieć mniej więcej 54—55 kg wagi, zaś ilość ogólna jej krwi musiała wynosić przeciętnie 4 kg. Ponieważ jednak, jak to wykazał przewód sądowy i oględziny domostwa oskarżonego, izba, w której znaleziono największą ilość krwi, nie posiadała żadnej podłogi, a nawet, co więcej, ziemia w niej była pokryta nawozem z powodu trzymania w tej izbie kozy przez oskarżonego, mogło nawet bardzo dużo krwi wsiąknąć w nawóz i w ziemię i zniknąć bez śladu. Również niepowetowaną jest szkodą, że policja nie przysłała do badania znajdującej się w izbie na ziemi dużej, brunatnej, jakby kałuży, przysypanej popiołem, która — być może — okazałaby się przy bliższem badaniu kałużą krwi. Dodać wreszcie muszę, że pytanie pana prokuratora co do czasu potrzebnego do rozkawałkowania zwłok dorosłej osoby i co do ilości wylanej przytem krwi zadałem sam sobie jeszcze w czasie śledztwa, a nawet starałem się dać na nie odpowiedź na podstawie przeprowadzonego niedawno w Zakładzie Medycyny Sądowej eksperymentu. Miałem mianowicie do dyspozycji zwłoki młodego osobnika, zmarłego śmiercią samobójczą przez postrzał w klatkę piersiową, po które nikt się nie zgłaszał i które można było poćwiartować. Z łatwo zrozumiałych powodów nie mogłem powierzyć czynności rozkawałkowania tych zwłok osobie zupełnie obcej i z konieczności poleciłem ją laborantowi zakładowemu F. P., zgóry zdając sobie sprawę, iż tenże jako zajęty przy sekcjach zwłok musi posiadać pewną biegłość, której brakuje przeciętnemu człowiekowi. Zwłoki umieściłem na skośnie ustawionym stole blaszanym z otworem, przez który krew wydostająca się ze zwłok mogła spływać do podstawionego kalibrowanego słoja. Następnie poleciłem laborantowi, aby bez pośpiechu i przy użyciu tylko jednego noża i jednej piłki rozkawałkował te zwłoki w ten sam sposób, jak w naszym przypadku, t. zn. aby odciął podudzia wraz ze stopami w stawach kolanowych, uda razem z miednicą oddzielił w części lędźwiowej od kadłuba, przepiłował miednicę w jej linji środkowej i oddzielił w ten sposób oba uda z pośladkami, odciął następnie głowę od kadłuba, otworzył klatkę piersiową i brzuch oraz pociął poszczególne narządy, wreszcie oddzielił oba barki z ramionami od kadłuba i w stawach łokciowych. F. P. dokonał rozkawałkowania zwłok owego mężczyzny w przeciągu 25 minut i oświadczył mi, co może zresztą powtórzyć po zawezwaniu go na rozprawę jako świadka, że gdyby mógł był użyć także siekiery, to wówczas rozkawałkowanie zwłok byłoby o wiele szybciej skończone. W słoju zebrano krwi 380 g, a licząc na jej rozmazanie po stole jeszcze 100 g wynosiłaby ogólna ilość krwi mniej więcej pół litra [1]). Również bardzo charakterystyczne było rozmieszczenie krwi, a mianowicie znachodziła się ona prawie w całości pod zwłokami, a poza tem zwalanie krwią ograniczało się jedynie do obu rąk, fartucha i kilkunastu plam na podłodze niedaleko od stołu. Otóż biorąc pod uwagę niedostateczność wysnuwania wniosków na podstawie jednego tylko eksperymentu, a równocześnie uwzględniając wszystkie inne okoliczności jak użycie także siekiery lub tasaka, dalej z jednej strony brak pośpiechu a natomiast obecność fachowej wprawy u laboranta zakładowego, z drugiej zaś strony czynniki emocjonalne, pośpiech celem jak najrychlejszego zatarcia śladów zbrodni, oraz brak wprawy u sprawcy, tudzież przyjmując właśnie z powodu braku fachowej wprawy u sprawcy nawet 4 krotnie dłuższy okres czasu potrzebny do rozkawałkowania zwłok, nie popełni się wielkiego błędu, przyjmując, że czas potrzebny do rozkawałkowania zwłok denatki nie przekraczał 2 godzin, zaś ilość krwi, jaka się ze zwłok wydostała, mogła wynosić pół litra krwi, przyczem przeważna jej część wsiąkła w ziemię i mogła zniknąć bez śladu, a tylko bardzo niewielka jej część rozprysnęła się po otoczeniu i po sprawcy; tem bardziej miało to miejsce, o ile sprawca użył siekiery. Niektóre zresztą plamy krwawe, stwierdzone w domostwie oskarżonego, przedstawiają się swoim wyglądem jakby powstały od dotknięcia i zwalania przez rękę skrwawioną. Tyczy to przedewszystkiem dużych, rozmazanych plam krwawych w. izbie nad drzwiami i plam w stajni.

[1]) Prot. sekcji nr. 222/27. W późniejszych latach zrobiłem dwa dalsze jeszcze doświadczenia, z tych zwłaszcza drugie jest bardziej miarodajne, ponieważ osobnik był dobrze odżywiony i posiadał duży zasób krwi. Na zwłokach mężczyzny (nr. prot. 49/29) zmarłego na gruźlicę wynosił czas rozkawałkowania zwłok 18 minut, zaś ilość krwi 500 g. Na zwłokach mężczyzny, powieszonego na mocy wyroku (nr. prot. 300/31), wynosił czas rozkawałkowania, wykonanego w 3 godziny po śmierci, 20 minut, zaś ilość krwi 1400 g.

Prokurator: Proszę wytłumaczyć to zjawisko, że wszystkie części zwłok znaleziono w wodzie, a tylko płuca i trzewia brzuszne znaleziono przywalone ziemią przy brzegu rzeki?

Odpowiedź: Płuca i przewód pokarmowy zawierają powietrze i pływają na powierzchni wody, natomiast inne części zwłok jak głowa, ramiona, nogi itd. są bezpowietrzne i rzucone na wodę toną. Nasuwa się więc logiczny wniosek, że płuca i trzewia brzuszne zostały dlatego przywalone gliną przy brzegu rzeki, ponieważ rzucone do wody wypłynęłyby na jej powierzchnię.

Obrońca: Zabieram głos w sprawie orzeczenia psychjatrycznego i zapytuję, czy spokój zupełny, jaki oskarżony okazywał, gdy wszyscy świadkowie zeznawali przeciwko niemu, czy ten stan jego psychiczny można tłumaczyć dodatnio dla niego? Czy czynu tak strasznego, o jaki jest on oskarżony, mógł dokonać człowiek tak zrównoważony?

Odpowiedź: Spokój jest rzeczą indywidualną, a czy spokój ten przemawia za oskarżonym, czy przeciw niemu, tego nie mogę stwierdzić, ani też wysnuwać stąd żadnych wniosków.

Obrońca: W związku z nieprzyznaniem się oskarżonego do zarzuconego mu czynu, z nastawieniem przeciw niemu opinji wsi, tej *vox populi*, ponieważ oskarżony przybył z obcej miejscowości do Dłubni i dlatego był ogólnie nielubiany, proszę mi powiedzieć, jak się pan zapatruje i jak się wogóle zapatruje nauka na wartość takich dowodów?

Odpowiedź: Według dzisiejszego stanu nauki nie przywiązuje się obecnie zbytniej wagi i znaczenia do przyznania się obwinionych, które w dawnych wiekach uważano za królowę dowodów *(regina probationum)*. Natomiast rozpatrując ewolucję postępowania dowodowego w procesie karnym od pojedynku sądowego i Sądów Bożych do psychologicznej oceny zeznań świadków i dowodów rzeczowych, należy te ostatnie uznać za najbardziej wartościowe i postawić je na pierwszem miejscu. Już choćby wynik badania poszczególnych znalezionych kawałków zwłok w niniejszej sprawie pozwala ocenić, jak dużą wartość przedstawiają dowody rzeczowe i jak ci „niemi świadkowie“ mogą ujawnić wiele szczegółów, którychby nieraz nie spostrzegł i nie utrwalił w swej pamięci świadek. Jestem przekonany, że nawet liczni świadkowie, przesłuchani na okoliczność np. wieku lub wzrostu denatki nie podaliby tego tak dokładnie, pewnie i zgodnie, jak to się uzyskało na podstawie przeprowadzonego badania kośćca denatki. To też obecnie stoi medycyna sądowa jak i kryminologja na stanowisku, że dowody rzeczowe przedstawiają dziedzinę dowodową pierwszorzędnej wartości, stojącą o wiele wyżej w porównaniu z dowodami osobowemi. Badania bowiem doświadczalne nad psychologją zeznań wykazały, że zeznania świadków — pominąwszy świadczących świadomie fałszywie pod wpływem złej woli — posiadają mniejszą wartość, niż to się dość ogólnie przypuszcza. W zeznaniu mieszczą się bowiem dwa, genetycznie różne pierwiastki, ściśle ze sobą złączone, a mianowicie spostrzeżenie zmysłowe (pierwiastek fizjologiczny) i wnioski wysnute z tego spostrzeżenia (pierwiastek intelektualny). Tymczasem wiadomo, że zarówno zdolność spostrzegania, jak i zdolność wysnuwania wniosków jest u poszczególnych osób indywidualnie rozmaicie rozwiniętą, zależnie od sprawności tego, czy innego zmysłu, względnie od wyrobienia intelektu danej osoby. Ponadto na charakter zeznania świadka wpływa płeć, wiek, warunki i czasokres obserwacji, stan psychiczny i fizyczny jak zmęczenie, doznany uraz, przestrach, gniew itd. To też codzienna praktyka poucza, że nawet bezpośrednio lub w krótki czas po powstaniu spostrzeżenia zmysłowego podania szeregu osób o tym samym fakcie są różne. Tak np. Heindl polecił zjawić się zupełnie niespodzianie przez krótki czas (4 minuty) w klasach szkolnych, koszarach, lokalach klubowych itp. jakiejś osobie wszystkim nieznajomej, lecz zwracającej jakiemiś szczegółami na siebie uwagę i następnie, wykluczywszy możność wpływania na siebie piszących, zbierał opisy tej osoby. Na podstawie 20 tysięcy odpowiedzi okazało się, że opisy były naogół bardzo mało trafne. Także bardzo charakterystyczny pod tym względem, a często przytaczany, jest przypadek Grossa, który będąc raz przy egzekucji zau-

ważył na rękach u kata rękawiczki. Gdy po skończonej egzekucji zapytał się członków trybunału, obecnych w czasie tracenia skazańca w bezpośredniej bliskości, jakiego koloru rękawiczki miał kat, otrzymał w odpowiedzi podania rozmaitych kolorów, a od jednego z obecnych zaprzeczenie, iżby kat wogóle miał rękawiczki. Ponieważ między powstaniem spostrzeżenia zmysłowego a udzieleniem tego spostrzeżenia sądowi upływa zazwyczaj długi okres czasu, przyłączają się dalsze momenty, które sprawiają, że dowody osobowe mają wiele ujemnych stron. Przedewszystkiem sam upływ czasu zaciera pierwotne spostrzeżenia tak, że nie jest ono dokładne, lecz albo zdekompletowane, albo o zatartych i niewyraźnych konturach. Następnie świadek przez ten czas, nieraz szereg miesięcy wynoszący, powraca często myślami do krytycznego zdarzenia, analizuje pierwotne spostrzeżenia, rozmawia na ten temat z rozmaitymi ludźmi, czyta gazety, które daną sprawę przedstawiają pod rozmaitym kątem widzenia, jednem słowem ulega on sugestji własnej i sugestji zewnętrznej, a wszystkie te momenty powodują uzupełnienia, zmiany lub nawet zniekształcenia pierwotnego własnego spostrzeżenia świadka, które w każdym razie będzie już okazywało wyraźne odchylenie od prawdy materjalnej. Co więcej wpływy sugestyjne działają jeszcze nawet na sali rozpraw przy składaniu zeznań przed sądem i jest faktem naukowo stwierdzonym, a mamy tego liczne przykłady także na obecnej rozprawie, że odpowiedzi świadków na pytania stron (prokuratora i obrony) wykazują znacznie więcej odchyleń od prawdy materjalnej niż zeznania, w których świadek samodzielnie przedstawia przebieg danego zajścia.

Natomiast tych ujemnych stron dowodów osobowych nie posiadają dowody rzeczowe, przez które — jak wiadomo — rozumie się najrozmaitsze przedmioty i substancje, znajdujące się na miejscu popełnionego przestępstwa lub u podejrzanych osób, a które noszą mniej lub więcej wyraźne znamiona, że stały w pewnym związku z dokonanem przestępstwem. Przedewszystkiem przy dowodach rzeczowych odpada niebezpieczeństwo sugestji wskutek możliwości konserwacji i izolacji dowodów rzeczowych przez nawet bardzo długi czas i zapewnienie im przez to niezmienności faktycznej i prawnej. Ponadto w przeciwieństwie do brakujących nieraz u świadków odpowiednich warunków zmysłowych i intelektualnych, dalej nieodpowiednich warunków zewnętrznych dla ich obserwacji, ujemnego wpływu czynników emocjonalnych na jakość ich obserwacji, niebezpieczeństwa, iż świadek uległ złudzeniu zmysłowemu i t. d. — stwarza sobie znawca przy badaniu dowodów rzeczowych odpowiednie warunki obserwacji i pracy; zastosowuje odpowiednie i ścisłe metody badania; używa odpowiednich i dokładnych aparatów naukowych; jest on wolny od sugestji i jest dla niego rzeczą obojętną, czy wynik badania dowodów rzeczowych będzie się pokrywał z tezą prokuratora lub obrońcy, czy też nie; otrzymuje on takie samo wynagrodzenie zarówno w razie dodatniego lub ujemnego wyniku badania; przeprowadzone przez niego badanie dowodów rzeczowych może być przez innych znawców skontrolowane, a nawet powtórzone itd. itd. Naturalnie jest rzeczą samo przez się zrozumiałą, że wyniki tych badań mają tylko wówczas wartość, o ile były one przeprowadzone przez znawców, którzy posiadają odpowiednie walory osobiste oraz warunki zmysłowe i intelektualne, są specjalistycznie wykształceni i rozporządzają dużem doświadczeniem. Jeżeliby zatem skonkretyzować odpowiedź na pytanie pana obrońcy, to w niniejszej sprawie nie tyle dowody osobowe przemawiają przeciw oskarżonemu, ale przedewszystkiem dowody rzeczowe, które w sposób zupełnie objektywny, na podstawie rzeczowej analizy przedmiotowych śladów czynu pozwoliły dojść do zupełnie ścisłych, pewnych i dających rękojmię wyników.

O b r o ń c a: Przyzna jednak pan profesor, że o ile chodzi o dowody rzeczowe, to należało przedewszystkiem zbadać odciski palców?

O d p o w i e d ź: Nie ulega wątpliwości, że wśród dowodów rzeczowych odciski palców wysuwają się na pierwszy plan i posiadają najbardziej decydujące znaczenie. Odciski palców, pozostawione na miejscu czynu, są prawdziwym biletem wizytowym sprawcy, a nawet jeszcze pewniejszym dowodem jego tamże bytności niż bilet wizytowy, ponieważ można wejść w posiadanie cudzej wizytówki, ale nie można się podszyć pod cudzy odcisk papilarny palców. Otóż co się tyczy odcisków palców w naszym przypadku, to jest wprawdzie o nich wzmianka w doniesieniu policyjnem, a także są one zaznaczone na szkicach sytuacyjnych mieszkania oskarżonego, jednak wobec nieprzeprowadzenia właściwej ekspertyzy daktyloskopijnej nie można wydać w tym względzie żadnego orzeczenia. Ale pominąwszy odciski palców, to cały szereg innych dowodów rzeczowych, jak np. stwierdzenie tak licznych śladów krwi ludzkiej u oskarżonego posiada również pierwszorzędne dowodowe znaczenie.

O b r o ń c a: Czy jednak ślady te były przez policję dobrze odszukane, czy postąpiono w tym przypadku według zasad kryminalistyki, a w szczególności także zgodnie z wymaganiami podanemi przez pana w jego podręczniku i czy wobec tego można przypisywać takie znaczenie tym śladom krwawym?

O d p o w i e d ź: Nie mogę zaprzeczyć, że w sprawie tak dużej wagi, jak obecna, winien być na miejscu czynu lekarz znawca, który powinien oglądnąć wszelkie ślady przestępstwa, dokładnie stwierdzić kształt śladów krwawych, ich ilość, rozmieszczenie, charakter, oraz wzajemny stosunek względem siebie, sporządzić odpowiednie szkice i wówczas możnaby porobić dużo więcej spostrzeżeń i wysnuć więcej wniosków jak np. co do pozycji ofiary i sprawcy, kierunku działania urazu, rodzaju użytego narzędzia, wielokrotności zadanych urazów, kierunku oddalenia się sprawcy i t. d., niż to było możliwe na podstawie tych tylko dowodów rzeczowych, które przysłano do zbadania do Zakładu Medycyny Sądowej. Zresztą szeregu śladów krwawych, oznaczonych jako takie w doniesieniu policyjnem, do Zakładu nie przysłano. I tak nie otrzymałem śladów na desce, ogradzającej ziemniaki na ziemi w jednym kącie izby, dalej śladów na piecu, oraz i co najważniejsze nie otrzymałem tej ziemi, na której były ślady jakby kałuży krwi przysypanej popiołem. Również niepowetowana szkoda, że nie przysłano podejrzanych śladów, zauważonych przez jednego ze świadków na wozie, którym oskarżony wracał krytycznego wczesnego ranka od rzeki Dłubni, a które to ślady okazane przez świadka jako krwawe komendantowi posterunku policyjnego uznał tenże jako pochodzące od gnojówki. Tymczasem nawet doświadczony i wieloletnią praktykę w tym kierunku posiadający badacz może się omylić, ponieważ wiele plam, łudząco podobnych do krwi, okaże się niejednokrotnie po ścisłem laboratoryjnem badaniu, że nie są one plamami krwi i naodwrót jeszcze częściej się zdarza, że plamy makroskopowo zupełnie do plam krwawych niepodobne okażą się krwawemi. Naświetlenie bowiem, wilgoć, ciepłota, podłoże i najrozmaitsze inne szkodliwe wpływy powodują, równolegle z przeobrażaniem się pod ich działaniem barwika krwi, także zmianę zabarwienia plam na brunatne, szare, czarniawe i t. p. Nadto na zmianę zabarwienia plam krwawych wpływa w znacznym stopniu zabarwienie podłoża, na którem się one znajdują, a wreszcie pierwotna barwa krwi może być zakrytą przez zwalanie lub zabrudzenie innemi substancjami. Tak np. plamy krwawe na parkietach podłóg przedstawiają się prawie czarno, zaś na tapetach złoconych okazują zielonkawy odcień i t. p. Jak to już poprzód wspomniałem, orzeczenie moje oparłem jedynie na dowodach przysłanych do badania do Zakładu Medycyny Sądowej i na nich stwierdziłem razem około 60 śladów krwi ludzkiej, co do których nie może być najmniejszej wątpliwości. Przysłane do badania owe dowody rzeczowe były bardzo starannie zdjęte, opakowane, podklejone na papier i etykietowane.

O b r o ń c a: Co do tych śladów mam pewne wątpliwości, bo zanim one dostały się do znawców przechodziły przez szereg rąk i mogły ulec różnym zmianom.

O d p o w i e d ź: Ja jestem odpowiedzialny za dowody rzeczowe tylko od tej chwili, kiedy je otrzymałem do instytutu.

(W tem miejscu przez przesłuchanie wywiadowców policyjnych wyjaśnia się, że śladów szukano z powodu słabego oświetlenia w domostwie oskarżonego przy użyciu latarek elektrycznych, że je następnie wycięto z podłoża, naklejono na papier i trzymano pod zamknięciem aż do chwili oddania do Zakładu Medycyny Sądowej tak, że nikt ich w ręku więcej nie miał. Na drzwiach izby było śladów o wiele więcej niż je wycięto, a dół drzwi wyglądał jakby wymyty miotłą).

O b r o ń c a: Pan twierdził, że policja względnie sąd dostarczył Panu do badania pewną ilość odłamków drzewa, na których znajdowały się ślady krwi, które poddano odpowiednim badaniom. Czy z tych odłamków drzewa mógł się pan zorjentować, w jakim kierunku krople krwi padały i jakie wogóle było ich położenie?

O d p o w i e d ź: Z tych odłamków, a właściwie wycinków, które są przylepione na papierze i oddają nam zupełnie wiernie miejsca, z których zostały wycięte, a również z odpiłowanej z drzwi splamionej deski można dokładnie powiedzieć, gdzie się znajdowały ślady krwi.

O b r o ń c a: Nam nie chodzi o to, w jakiem miejscu były położone plamy, nam chodzi o to, czy pan profesor może nam określić z całą stanowczością, z jakiego położenia te plamy były wycięte i w jakim kierunku krew padała, z góry, czy z dołu?

O d p o w i e d ź: Przysłano mi wśród wielu innych przeszło 20 śladów krwi z drzwi, wiodących z izby do sieni, oraz ze ścian

stajni, na podstawie których wykluczam, ażeby krew padała z dołu do góry, tylko twierdzę stanowczo, że padała ona z góry na dół. Na desce mianowicie oderżniętej z drzwi była bardzo charakterystyczna plama w postaci smugi, której dolny koniec, dokąd ściekła krew, był grubszym, oraz obok plam zamazanych był szereg plam w postaci retort lub wykrzykników, których cieńszy koniec był zwrócony ku dołowi. Plama smugowata powstaje wówczas, jeżeli kropla płynu pada prostopadle na ścianę pionową i następnie ścieka po niej ku dołowi. Natomiast jeżeli kropla płynu pada na jakąś płaszczyznę pod kątem ostrym, wówczas tworzą się plamy w postaci retort, wykrzykników lub plamy owalne z kolczastemi wypustkami po jednej stronie plamy, przyczem ostre końce wszystkich tych plam wskazują na kierunek ich powstania (demonstracja).

Obrońca: A co pan twierdzi odnośnie do śladów, wyciętych z komody? Chodzi mi o określenie, czy krople krwi padały z góry, z boku czy z dołu? Czy pan na podstawie wycinków z plamami może określić położenie miejsca i sprawcy czynu?

Odpowiedź: Mogę to tylko stwierdzić, że plamy krwi na wycinkach z komody posiadają kształt przecinków czy retort, że powstać mogły albo od tryskania krwi z przeciętej tętnicy, albo od co najmniej 2-krotnego uderzenia narzędziem mordu w ranę, albo w następstwie odrywania się kropel krwi z podnoszonego lub opuszczanego zbroczonego krwią narzędzia mordu, albo wreszcie od strzepnięcia krwi ze skaleczonej lub zbroczonej krwią ręki i padały pod kątem ostrym na drzwi komody. Która z tych okoliczności zaistniała przy powstaniu plam na komodzie, a tem samem jakie było położenie ofiary lub sprawcy czynu i t. p. nie mogę podać, ponieważ nie znam całości obrazu rozmieszczenia i ułożenia względem siebie poszczególnych śladów krwawych. Na podstawie przeprowadzonej w czasie rozprawy wizji lokalnej, w której brałem udział i w toku której szczegółowo oglądnąłem komodę, mogę jedynie orzec, że krople krwi padały od środka izby na przednią powierzchnię komody i że padały one od dołu ku górze i nieco na prawo.

Obrońca: Skąd pan profesor wie, że plamy te szły ku górze, podobnie jak wycinki?

Odpowiedź: Właśnie z tych wycinków.

Obrońca: A czy pan wie, z jakiej wysokości komody wycięte były ślady krwi i czy pan profesor zna położenie poszczególnych wycinków drzewa, na których znalazł pan te kropliste ślady krwi?

Odpowiedź: Nie znam. Jednak nic w swoich wywodach nie zmienię ponadto, co już powiedziałem. Widząc na komodzie wyłupane miejsca po śladach krwawych mogę twierdzić, jak były w całości rozmieszczone na komodzie ślady krwi i na podstawie tego orzec, że padały one od dołu ze środka izby na komodę ku górze. Jeżeli bowiem chluśniemy płynem na ścianę od dołu, to rozmieszczenie stąd powstałych plam posiada kształt stożka o szerszej podstawie zwróconej ku górze (właśnie jak na komodzie miało to miejsce), a naodwrót jeżeli wylejemy płyn od góry, to na ścianie powstają plamy w postaci stożka, którego węższa podstawa jest zwrócona ku górze, zaś szersza ku dołowi. Natomiast nie wiedząc, wskutek wycięcia z komody plam, jak były one względem siebie rozmieszczone i jakie było położenie poszczególnych plam, nie mogę wysnuwać żadnych innych wniosków.

Obrońca: W swem orzeczeniu zapodał pan jako przyczynę śmierci przypuszczenie uderzenia denatki siekierą w głowę, nie wykluczając jednak śmierci wskutek uduszenia. Proszę stanowczo wyjaśnić, czy pan wyklucza śmierć z uduszenia?

Odpowiedź: Zwracam uwagę, że z powodu braku głowy, szyi i szeregu narządów orzekać stanowczo jest rzeczą bardzo trudną, przypuszczać zaś można wiele. Ja mogę stanowczo wykluczyć, aby denatka zginęła śmiercią naturalną i — jak szeroko już motywowałem — mogę stanowczo stwierdzić, że zginęła ona śmiercią gwałtowną. Zastrzegam się jednak co do rodzaju tej śmierci gwałtownej, o którym nie mogę stanowczo orzec. Jedynie na podstawie bardzo licznych zatorów tłuszczowych, stwierdzonych w płucach denatki, a dowodzących, że doznała ona urazów silnych za życia, mogę przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem, że denatka zmarła śmiercią gwałtowną wskutek doznanych urazów, miażdżących szpik jej kości względnie tkankę tłuszczową. Ale czy denatka zginęła od siekiery, jak przypuszcza p. prokurator w akcie oskarżenia, czy od innego narzędzia, czy urazów doznała w głowę, czy w inną część ciała, tego stanowczo nie mogę powiedzieć, bo nie chcę przekroczyć tego, co nauka może powiedzieć w tej kwestji.

Obrońca: Pan twierdził, że zatory tłuszczowe powstają głównie ze szpiku kości długich, a jak wiemy kości długie stanowią kończyny górne i dolne. Czy także kości płaskie jak np. kości czaszki posiadają ten sam rodzaj szpiku, co kości długie, czy też inny?

Odpowiedź: Kości płaskie posiadają normalnie szpik czerwony, zaś kości długie szpik żółty. Jednak zabarwienie szpiku zależy od szeregu patologicznych czynników, a także od wieku danego osobnika. Największe zatory tłuszczowe występują rzeczywiście po zmiażdżeniach kości długich nogi, natomiast wskutek obrażeń kości płaskich np. czaszki zatory tłuszczowe są znacznie mniejsze. W płucach denatki stwierdziłem znaczną ilość zatorów tłuszczowych, jednak nie mogłem rozróżnić, z jakiego one pochodzą szpiku kostnego, czy żółtego, czy czerwonego i dlatego na tej podstawie nie mogę określić, w którem miejscu zadano urazu denatce. Należy jeszcze podkreślić, że i w jednych i w drugich kościach jest szpik, a zabarwienie żółte szpiku zależy od ilości tłuszczu, zaś zabarwienie czerwone od elementów czerwonych krwi. Z tego jednak nie wynika, żeby szpik czerwony nie posiadał tłuszczu i daje on taki sam obraz mikroskopowy przy badaniu na obecność zatorów mikroskopowych.

Obrońca: Czy jednak jest jakaś różnica między temi zatorami?

Odpowiedź: Przy badaniu mikroskopowem płuc barwi się sudanem III. zarówno szpik żółty, jak i szpik czerwony na kolor pomarańczowo-czerwony tak, że nie można rozróżnić, czy zatory tłuszczowe w płucach są utworzone ze szpiku kostnego żółtego, czy czerwonego.

Obrońca: Czy pan może stwierdzić, że w naszym przypadku zatory tłuszczowe pochodziły ze szpiku czerwonego?

Odpowiedź: Ja mogę tylko stwierdzić, że w płucach denatki były obecne zatory tłuszczowe, jednak bez określenia, czy pochodziły one z tkanki tłuszczowej, czy ze szpiku kostnego, czy z żółtego, czy też z czerwonego.

Obrońca: Czy denatka była niedokrewna?

Odpowiedź: O ile chodzi o niedokrewność, to nie można w naszym przypadku wysnuwać daleko idących wniosków z uwagi na to, że kawałki zwłok leżały w wodzie, która — jak uczy doświadczenie sądowo-lekarskie — może łatwo wyługować z nich krew i uczynić je niedokrewnemi. W każdym jednak razie śledziona denatki nie wykazywała niedokrewności, natomiast błona śluzowa żołądka i jelit była wyraźnie blada. Jednak ta ostatnia okoliczność pozwala nam jedynie stanowczo wykluczyć, ażeby śmierć denatki nastąpiła z powodu otrucia jakiemiś środkami żrącemi np. kwasami, ługami, solami metali ciężkich i t. p.

Obrońca: Kiedy pan otrzymał do badania plamy krwi, względnie kiedy one nadeszły do instytutu?

Odpowiedź: Jak to już, zdaje się, zaznaczyłem, dowody rzeczowe przyszły na dwa zawody: raz 26 maja, a drugi raz 13 czerwca. W dniu 13 czerwca otrzymałem 3 pary spodni, siekierę, pas i wycinki z domostwa oskarżonego, zaś wycinki z komody otrzymałem w dniu 26 maja.

Obrońca: Kiedy pan zabrał się do badania dowodów rzeczowych?

Odpowiedź: Dziś dokładnie tego nie pamiętam, ale o ile sobie przypominam badania były przeprowadzone zaraz po wyłowieniu pierwszych kawałków zwłok, ponieważ sprawa była bardzo głośna, a ja rozporządzałem wówczas surowicą precypitującą ludzką, bydlęcą i świńską. Nadto musiałem badania serologiczne wątpliwych co do swego pochodzenia kawałków zwłok także dlatego zaraz przeprowadzać, ponieważ pora roku była gorąca, gnicie szybko postępowało, a przed ukończeniem tych badań serologicznych nie mogłem badanych kawałków zwłok umieszczać w płynach konserwujących.

Obrońca: A w jaki sposób przeprowadzał pan badanie krwi, tudzież czy zaraz po otrzymaniu śladów, czy dopiero później?

Odpowiedź: Po nadejściu dowodów rzeczowych stwierdza się, czy pieczęcie przesyłki są nienaruszone, potem wypakowuje się poszczególne dowody rzeczowe, ogląda dokładnie dany przedmiot, sporządza protokół stanu, w jakim przyszedł, numeruje kolejno, a po stwierdzeniu i po opisaniu podejrzanych plam przystępuje się do właściwych badań fizyko-chemicznych i serologicznych. Zależnie od materjału, którym się rozporządza, i innych okoliczności zastosowuje się tę, czy inną metodę badania.

Obrońca: Mnie tu nie chodzi o technikę postępowania lecz o konkretną rzecz. Mianowicie twierdził pan w swem orzeczeniu, że krew w śladach była łatwo rozpuszczalna. Otóż mam zapytanie, w czem była ta krew łatwo rozpuszczalna i w którym dniu pan stwierdził, że jest ona łatwo rozpuszczalna?

Odpowiedź: Przy badaniu serologicznem śladów krwi przekonałem się o ich rozpuszczalności. Natomiast specjalnych badań, w czem ślady krwawe były rozpuszczalne, nie przeprowadzałem, bo wartość tych badań jest bardzo problematyczna. Wprawdzie świeża krew rozpuszcza się łatwo w wodzie, w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej, w rozczynach boraksu, sody

i t. p., zaś krew starszej daty rozpuszcza się dopiero w silniejszych kwasach i zasadach, to jednak zarówno rozpuszczalność śladów krwawych jak i ich zabarwienie są zależne od całego szeregu czynników jak naświetlenie, wilgoć, ciepłota, podłoże, na którem się znajdują i t. d., tak, że na tej podstawie nie można zupełnie ściśle określić wieku danego śladu krwawego. W każdym atoli razie przeprowadzając badania serologiczne przysłanych plam krwawych przekonałem się, że umieszczone w rozczynie 8,5 g soli kuchennej na litr wody rozpuszczały się łatwo i ta ich łatwa rozpuszczalność przemawiała za niedawnem ich pochodzeniem, mniej więcej z przed 2—4 tygodni, atoli stanowczo i dokładnie nie można określić wieku tych śladów.

(W tem miejscu po odczytaniu wszelkich zawnioskowanych dokumentów, przewodniczący trybunału zamknął postępowanie dowodowe i zarządził przerwę. Po przerwie obrona wnosi o ponowne otwarcie postępowania dowodowego, ponieważ ma jeszcze pytania do znawców lekarzy. Przewodniczący czyni temu wnioskowi zadość).

O b r o ń c a: Nie dotykając w niczem kwalifikacji czynu, nie stając na stanowisku ani zbrodni morderstwa, ani zbrodni zabójstwa, nie tangując wcale tej kwestji, proszę, aby panowie znawcy zechcieli odpowiedzieć na pytanie, czy oskarżony jest tego rodzaju typem psychopatycznym, u którego działanie nawet nieprzyjazne względem żony mogło być wynikiem afektu względnie jakiegoś gwałtownego wzburzenia, bez uprzednio na zimno powziętego złego zamiaru? Czy ten typ, który przedstawia oskarżony, skłonny jest do gwałtownych czynów?

O d p o w i e d ź: Jak to już zaznaczyliśmy, u oskarżonego stwierdziliśmy pewne rysy psychopatyczne i określiliśmy go jako człowieka o silnych afektach i namiętnościach. Z punktu widzenia lekarskiego jest u tego rodzaju osobników możliwa zarówno wielka miłość, jak i gwałtowna nienawiść. Zresztą już codzienne doświadczenie uczy, że niejednokrotnie wielka miłość może się przemienić w wielką nienawiść względem poprzód umiłowanej osoby. Tę naszą charakterystykę oskarżonego potwierdziły także na rozprawie sądowej zeznania świadków, że oskarżony bywał nieraz bardzo czuły dla żony, ale także często chwytał za siekierę, nóż, czy biczysko. Mając to na uwadze nie da się wykluczyć, że oskarżony mógł się dać unieść swoim namiętnościom i porwać pod wpływem tej gwałtownej namiętności bez zastanowienia do gwałtownego czynu. Nie stoi z tem w sprzeczności spokój, jaki oskarżony stale okazuje, znamy bowiem między innemi takie usposobienie u niektórych ludzi, że nie następuje u nich reakcja nawet na silną podnietę; jeżeli jednak szereg, choćby drobnych, podniet ciągle się powtarza, to drobne te podniety sumują się i następuje nieraz u takich osobników nadzwyczaj silna reakcja, nieproporcjonalnie duża do wywołującej ją małej podniety. Również u osobników takich jest możliwem rozćwiartowanie zwłok ofiary jako refleksja celem zatarcia śladów zbrodni po czynie, wynikłym ewentualnie z afektu. Znane są wypadki, że po zabójstwie, popełnionem w pierwszem uniesieniu gniewu, ucinano głowy i ćwiartowano ciało ofiar, a części te jużto zakopywano, jużto palono, porzucano w lesie lub topiono w rzece lub stawie. Szereg takich przypadków na naszych ziemiach i. t. zw. „gubienia ciał" celem utrudnienia dla braku głowy stwierdzenia tożsamości zabitego (zgodnie z ówczesnemi wymogami prawnemi) opisuje Władysław Łoziński w swej znanej książce p. t. „Prawem i lewem". Reasumując, należy zatem orzec, że stanu afektywnego u oskarżonego wykluczyć nie można".

Trybunał postawił przysięgłym pytanie w kierunku zbrodni morderstwa. Przysięgli po naradzie zwrócili się do Trybunału z prośbą o postawienie ewentualnego pytania w kierunku zbrodni zabójstwa. Przewodniczący ogłosił uchwałę Trybunału postanawiającą z urzędu zadać sędziom przysięgłym pytanie ewentualne w kierunku zbrodni zabójstwa na wypadek zaprzeczenia pytania głównego w kierunku zbrodni morderstwa. Na podstawie jednogłośnego werdyktu przysięgłych w kierunku zbrodni zabójstwa skazał Trybunał Macieja Palucha na 15 lat ciężkiego więzienia z obostrzeniami. Najwyższy Sąd zniżył tę karę w procesie kasacyjnym na 12 lat ciężkiego więzienia. Maciej Paluch odbywający karę w więzieniu w Nowym Wiśniczu wniósł w dniu 27 października 1931 r. prośbę do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o darowanie mu w drodze łaski reszty kary. W prośbie tej przyznaje się do popełnienia czynu, podając w dwóch zdaniach ogólnikowo, że w krytycznym dniu „podczas sprzeczki w szale uniesienia rzuciłem się na żonę i silnem uderzeniem pozbawiłem ją życia". „Kiedy ochłonąłem zniszczyłem dowód swojego mimowolnego czynu, topiąc trupa żony w rzece". Mimo usiłowań nie udało się od niego wydobyć bliższych szczegółów dokonanej zbrodni.

Dr. Jerzy BORYSOWICZ, st. asyst. Kliniki. Wilno.

W sprawie przewlekłego zatrucia dwusiarczkiem węgla *).

Z Kliniki Neurologicznej w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. S. W ł a d y c z k o.

Niektóre działy z zakresu przewlekłych zatruć zawodowych nie są dostatecznie znane szerszemu ogółowi lekarzy z powodu dość rzadko rozpoznawanych przypadków tego rodzaju schorzeń, oraz niedostatecznego ich opracowania i piśmiennictwa.

Przypuszczam więc, że podanie paru, obserwowanych w Klinice Neurologicznej, przypadków zatrucia dwusiarczkiem węgla może przyczynić się do zwrócenia uwagi lekarzy na to dotychczas mniej znane zatrucie, występujące najczęściej u robotników, zatrudnionych w przemyśle gumowym, którego rozwój wpływa bezwątpienia na zwiększenie się ilości zachorzeń, tem bardziej, iż objawy chorobowe są często łudząco podobne do objawów spotykanych w histerji i neurastenji, przeoczenie zaś zawodu, lub zbagatelizowanie nieokreślonych skarg chorego może łatwo spowodować nieodpowiednie rozpoznanie i co za tem idzie — jak najsmutniejsze następstwa dla chorego.

Przypadek dotyczy 20-letniej robotnicy L. M., skierowanej do Kliniki przez lekarza neurologa z rozpoznaniem — *hysteria*.

Nieokreślone skargi chorej, jak: stały ból głowy, zły sen, niesmak w ustach, brak łaknienia, wędrujące bóle po całem ciele, osłabienie pamięci, bicie serca i zaparcie stolca nie wykazują nic patognomonicznego.

Leczenie ambulatoryjne nie dało wyniku. Ponieważ zaś chora czuła się coraz gorzej — skierowana została do Kliniki.

Dolegliwości powyższe wystąpiły powoli, z niewiadomych dla chorej powodów i trwają od 2-ch miesięcy.

Wywiad co do dziedziczności, oraz przebytych chorób jest bez znaczenia i nie daje się powiązać z obecnem cierpieniem.

Badanie chorej wykazało: wzrost mały, budowa prawidłowa, odżywienie upośledzone. Twarz blada o wyrazie sennym, zmęczonym, przypominająca nieco maskowatą twarz chorych pośpiączkowych. Chód wolny, ociężały, jak u bardzo zmęczonego osobnika. Mowa powolna, głos matowy, bez modulacji, o nosowym odcieniu. Odpowiedzi daje jakby pod uprzednim namysłe, naogół małomówna, zamknięta w sobie, skłonna do płaczu, skarży się mało. Pamięć osłabiona.

Zwraca uwagę sinica warg, wybitna bladość naskórka, trądzik, zimne i wilgotne kończyny, nieżyt błony śluzowej nosa i tylnej ściany gardła, obfite i długie miesiączkowanie, przyśpieszona akcja serca (do 90 na 1') przy niepodwyższonej ciepłocie ciała.

Ze strony układu nerwowego i narządów wewnętrznych brak uchwytnych zmian patologicznych.

Po zbadaniu chorej odniosłem wrażenie, iż mam do czynienia z osobą ogólnie wyczerpaną, ewentualnie niedokrwistą, (nie wykluczając zmian psychicznych na tle zatrucia zewnątrz — lub wewnątrzpochodnego).

Prześwietlenie klatki piersiowej, badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego zarówno cytologiczne jak i na odczyn Wassermanna, badanie stolca oraz moczu nie dały wyjaśnień, nie wykazując odchyleń od normy.

Obserwacja zaś chorej, jej zachowanie się, skargi i badanie przedmiotowe nie przemawiały za wyłącznie nerwicowym charakterem cierpienia.

Badanie w kierunku *residua post encephalitidem* nie dało rezultatów.

Zmiany psychiczne nie były też całkowicie typowe ani dla *psychosis maniaco-depressiva*, ani dla *schizophrenia*.

Szczegółowy wywiad co do rodzaju i warunków pracy wykazał, iż chora jest robotnicą, zatrudnioną w fabryce wyrobów gumowych, że pracuje od 9-ciu przeszło miesięcy przy wulkanizacji gumy w lokalu, w którym panuje nieprzyjemny, zgniły zapach.

W celu obszerniejszego zapoznania się z przyczynami, mogącemi pozostawać w związku z powyższemi objawami chorobowemi, zwróciłem się do lekarza, pracującego przy Wydziale Opieki Społecznej (Dr. J. Ł u k a s z e w i c z) z prośbą o udzielenie informacyj co do zatruć, mogących ewentualnie wystąpić w przemyśle gumowym. Otrzymałem odpowiedź, iż w tej gałęzi przemysłu jest często stosowany dwusiarczek węgla, który może powodować zatrucie.

W odpowiedniem piśmiennictwie o dwusiarczku węgla znalazłem następujące dane.

---

*) Wygłoszono na posiedzeniu Wil. Oddziału T-wa Psychjatrycznego dn. 30. VI. 1932.

Dwusiarczek węgla jest cieczą przeźroczystą o zapachu podobnym do eteru, przy zanieczyszczeniu przyjmuje żółtawe zabarwienie i zmienia zapach na zgniły, przypominający zapach rzodkwi.

Nie wymieniam szczegółowych własności chemicznych i fizycznych dwusiarczku węgla. Jako środek techniczny jest bardzo cennym, gdyż rozpuszcza ciała trudno poddające się temu w innych płynach. Używany jest przeważnie w przemyśle gumowym.

Dwusiarczku węgla używa się w przemyśle od r. 1843. Początkowo zatrucia były liczne z powodu braku stosowania środków zapobiegawczych, jednak i obecnie pomimo nawet różnych urządzeń ochronnych i przepisów sanitarnych zatrucia są również dość częste ze względu na szerokie zastosowanie tego związku chemicznego w przemyśle.

Zatrucia powstają przez skórę, przewód pokarmowy i najczęściej przez przewód oddechowy.

Lehman w doświadczeniach na swych uczniach stwierdził, iż 0,5—0,7 mg na 1 powietrza nie powoduje wyraźnych objawów zatrucia: 1,0—1,2 mg po kilku godzinach powoduje ból głowy, a po 8 godzinach występują objawy wtórne; po 24 godz. objawy noszą już charakter przewlekły. 1,5 mg już po 30 minutach powoduje ból głowy. 6,4—10,0 mg w ciągu ½—1 godziny wywołuje uśpienie, uczucie mrowienia, ogłuszenie, ból w drogach oddechowych i jako późny objaw — bóle głowy.

Działanie trujące według Pola polega na łączeniu się jego z niektóremi składnikami komórek zwojowych i włókien nerwowych, rozpuszczaniu lipoidów i rozpuszczaniu się w lipoidach. Następuje zrazu wzmożenie pobudliwości układu nerwowego, później zaś występuje szereg objawów narkotycznych. 80,0—95,0% wdechanego dwusiarczku węgla wydziela się zpowrotem przez wydechane powietrze.

Zdolność absorbowania par dwusiarczku węgla przez ustrój ludzki jest indywidualną i waha się w szerokich granicach od 2,0—20,0%.

Ostre zatrucia dwusiarczkiem węgla w przemyśle spotyka się rzadko. Występują one przy wdechaniu skoncentrowanych par po rozbiciu naczynia z dwusiarczkiem węgla, przy uszkodzeniu urządzeń wentylacyjnych i t. p.

W lżejszych przypadkach występuje przytem tylko ogłuszenie, w cięższych natomiast ostra bladość twarzy, rozluźnienie mięśni, brak oddziaływania źrenic, brak odruchów i znieczulenie. Później w stanie zapaści może nastąpić zejście śmiertelne. Zatrucia ostre i przewlekłe drogą przewodu pokarmowego są jeszcze rzadsze.

Pihler zwraca uwagę, że hemoliza czerwonych ciałek krwi przy zatruciach dwusiarczkiem węgla, na którą wskazują stare prace, ma widocznie miejsce tylko *in vitro*.

Przewlekłe zatrucie dwusiarczkiem węgla przez drogi oddechowe jest najczęstszem i daje objawy przedewszystkiem ze strony obwodowego oraz ośrodkowego układu nerwowego.

Inne, występujące przytem objawy, jak: nieżyt dróg oddechowych, rumień, trądzik różowaty, przyśpieszenie tętna, zaparcia i t. p. ustępują na drugi plan.

Symptomatologja zatrucia dwusiarczkiem węgla jest bardzo urozmaiconą. Objawy ze strony układu nerwowego obwodowego i ośrodkowego są zazwyczaj pomieszane, dlatego też trudno je zgrupować.

Najczęstszym i najstalszym objawem jest ból głowy. Poza tem znajdujemy obraz wyczerpania mięśniowego, wiotkość mięśni, niekiedy objawy porażenia, obniżenie czucia, oziębienie kończyn, przeszywające bóle stawowe, bóle opasujące, zaburzenia ze strony pęcherza, ataksję, paraplegję i brak oddziaływania źrenic na światło. A zatem obraz chorobowy łudząco przypomina rzekomy wiąd rdzenia. W innych przypadkach przeważają objawy zapalenia wielonerwowego z udziałem n. twarzowego, łokciowego, udowego, strzałkowych a także wzrokowego. Pnie nerwowe wykazują bolesność, mięśnie ulegają zanikowi i dają odczyn zwyrodnienia, odruchy ścięgniste mogą przytem być zachowane, a nawet wzmożone.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany psychiczne. Objawy odurzenia, upośledzenie pamięci, omamy wzrokowe, ciężkie sny, urojenia prześladowcze i natręctwa. Jeżeli objawy te wczas nie zostaną należycie rozpoznane, wówczas w dalszym przebiegu zatrucia wystąpić może ciężkie schorzenie psychiczne. Pacjent zaczyna szybko tracić na wadze i daje obraz psychozy manjakalno-depresyjnej (Landenheimer); według Kraepelina zaś może powstać obraz rozmaitych schorzeń psychicznych, występujących i bez zatrucia dwusiarczkiem węgla. Najczęściej objawy są bardzo podobne do spotykanych w histerji, otępieniu przedwczesnem, a w pojedyńczych przypadkach przypominają psychozę manjakalno-depresyjną, lub obłęd na tle intoksykacji.

Dwusiarczek węgla może poza tem spowodować wyzwolenie istniejącego choćby w minimalnym stopniu usposobienia do schorzeń psychicznych (Jakszt, Władyczko).

Ze strony czucia zatrucie dwusiarczkiem węgla powoduje najrozmaitsze parestezje.

Ze strony narządów zmysłowych najczęściej ulega zmianom narząd wzroku — występuje zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego, niedowidzenie, zaburzenie akomodacji, zdolności rozpoznawania barw, zwężenie pola widzenia, zapalenie naczyniówki i zmiany ze strony naczyń siatkówki.

W narządach rodnych kobiet powstaje silne przekrwienie, wskutek czego miesiączki są obfite i długotrwałe.

U mężczyzn początkowo następuje wzmożenie mocy płciowej, później jej zanik.

Rozpoznanie w przypadkach ostrego zatrucia opiera się przedewszystkiem na obecności charakterystycznego zapachu dwusiarczku węgla w wydechanem powietrzu. Można też próbować wykrycia obecności dwusiarczku węgla we krwi według metody Freinda. Krew dystyluje się, produkty destylacji wyłapuje się alkoholowym rozczynem amonjaku, następnie odparowuje na łaźni wodnej: w razie zatrucia dwusiarczkiem węgla osad zawiera rodanek amonu, który z chlorkiem żelaza ($FeCl_3$) daje czerwone zabarwienie.

W rozpoznaniu przewlekłych wypadków ważną rolę odgrywa wywiad (stykanie się chorego z dwusiarczkiem węgla), zaburzenia psychiczne w połączeniu z nerwowemi, które zostają rozpoznawane najczęściej jako histerja.

W różniczkowaniu należy uwzględnić zatrucie alkoholem i benzyną.

Rokowanie *quoad vitam* — dobre, niepewne zaś co do zupełnego wyzdrowienia.

Leczenie. Przy najmniejszych objawach zatrucia dwusiarczkiem węgla chory winien zmienić swój zawód, poza tem symptomatycznie stosuje się strychninę, kąpiele, elektroterapję i t. p.

Trzeba zaznaczyć jeszcze, że kwas ksantogenowy, którego sól sodową i potasową spotyka się w sprzedaży w celu konserwowania mięsa i owoców, może również spowodować zatrucie, rozpadając się łatwo w przewodzie pokarmowym na alkohol i dwusiarczek węgla, który w stanie *in statu nascendi* działa bardziej trująco.

Sekcje zatrutych dwusiarczkiem węgla zmian charakterystycznych nie wykazały. (Badań histologicznych w tym kierunku dotychczas nie przeprowadzono. Wyniki podjętych przeze mnie doświadczeń nad zmianami w układzie nerwowym zwierząt zatruwanych CS_2 zostaną w swoim czasie podane).

Zestawienie zmian, występujących w przewlekłem zatruciu dwusiarczkiem węgla, z objawami stwierdzonemi w powyższym przypadku nasuwa przypuszczenie tego schorzenia w jego początkowym okresie.

Wywiad, zawód chorej oraz przebieg cierpienia czynią to przypuszczenie bardziej prawdopodobne.

Dwa, podobne do omówionego, przypadki przewlekłego zatrucia dwusiarczkiem węgla zostały skierowane niedawno do Kliniki również z mylnem rozpoznaniem neurastenji. Poza tem prof. Władyczko obserwował 2 przypadki tego rodzaju mylnie narazie rozpoznane — jeden jako histerję, drugi jaki schizofrenję. Przypuszczam więc, że zaznajomienie się z mało znanemi objawami tego schorzenia zawodowego nie będzie pozbawione praktycznego znaczenia dla lekarzy, tem bardziej, iż gałąź przemysłu gumowego, w ostatnich zwłaszcza czasach jest tak rozległą, iż może powodować, coraz częstsze wypadki tego zatrucia.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 23. 1932. T. Wąsowski: Przewlekłe ropne zapalenie zatoki szczękowej w świetle cyfr i spostrzeżeń kliniki wileńskiej. — P. Kubikowski: O właściwościach dynamicznych krwi w czasie gorączki eksperymentalnej. — M. Dukiet: Próba zapobiegania ciąży pozamacicznej, powstałej na tle pozapalnych zmian jajowodów. — M. Kubiczek: Wpływ wody ze źródła Zubera na gospodarkę cholesterolu w ustroju ludzkim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 51. 1932. T. Goliborska: Przypadek zapalenia opon mózgowych wywołany przez enterokoki.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 51—52. 1932. A. Piotrowski: O potrzebie sterylizacji leków ocznych. — W. Strażewicz: Wpływ temperatury na barwę nalewki kostkowej. — H. Ruebenbauer: Miejski Zakład Badania Żywności i Przedmiotów Użytku w piędziesięcioletnim rozwoju.

Przegląd Dermatologiczny. Nr. 4. 1932. F. Walter: Na marginesie konstytucjonalnego stanu łojotokowego skóry. — J. Alkiewicz: Przypadek znamienia sinego o charakterze mesenchymoma melanoblasticum et fibroblasticum. — J. Romanowa: W sprawie włókien kratkowych w skórze. — W. Mikułowski: O nowej postaci dystrofji w kile wrodzonej. — S. Ostrowski: Czynnościowe badanie skóry jadami wegetacyjnemi w odczynie tuberkulinowym Mantoux. — M. Obtułowicz i J. Golonka: O niektórych odczynach biologicznych we krwi w przebiegu rzeżączki. — A. Vernes, St. Kwiatkowski i H. Chauchard: Działanie tryparsamidu na zmiany kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. — E. Sawicki: Fenol-alkohol jako antygen do odczynu Bordet-Wassermanna. — A. Straszyński: Charakterystyka histologicznych zmian wykwitów skórnych we wczesnych okresach kiły wrodzonej z punktu widzenia przejawów odpornościowych rozgrywających się w ustroju niemowlęcia.

Lekarz Wojskowy. Nr. 12. 1932. K. Polkowski: O konieczności rozszerzenia badań zmysłu równowagi u personelu latającego. — J. Garbień: T. zw. „Luxatio pedis sub talo". — T. Spasowicz i W. Porębski: Strącanie substancyj czynnych w surowicach i przesączach hodowli bulionowych zapomocą acetonu i alkoholu. — Z. Markuze: Wartość odżywcza cukru. — A. Czyżewicz: Służba zdrowia armji niemieckiej w pierwszych latach wojny światowej.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 12. 1932. N. Blumentalówna: Wpływ ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych na zmęczenie nauczycieli i dzieci w szkole. — Z. Kwaśnicowa: Współpraca nauczyciela gimnastyki z nauczycielem śpiewu. — F. Horak: Zawody szkół średnich w Czechosłowacji. — L. Lubicz-Nycz: Sucha zaprawa narciarska. — R. Rosko: Nauczanie narciarstwa w terenie. — W. Humen: Technika saneczkarstwa.

OCENY.

Die Ernährung des Herzens und die Folgen ihrer Störung. L. CONDORELLI. Verlag Steinkopff, 1932, str. 230.

Autor w monografji tej zajmuje się wszystkiem, co posiada wpływ na odżywianie się serca. Omawia anatomję krążenia wieńcowego, szczegółowiej podkreślając znaczenie połączenia obu tętnic wieńcowych pomiędzy sobą oraz z żyłami najdrobniejszemi *(venae cordis minores).* Połączenia te odgrywają ważną rolę. Autor uważa, że stan tętnic, zwłaszcza elastyczność ich, wysokość ciśnienia tętniczego, napięcie naczyniowo-ruchowe naczyń wieńcowych jest czynnikiem decydującym w powstawaniu anastomoz. Na obszarze zaczopowanej tętnicy ciśnienie spada; krew stara się z obszarów przekrwionych zapomocą połączeń naczyń włosowatych dotrzeć do obszaru zaczopowanej tętnicy, a więc z miejsca o wysokiem ciśnieniu do miejsca o ciśnieniu niższem. Jeśli ciśnienie krwi tętnicze utrzymuje się wysoko, jeśli połączenia tętnicze są elastyczne, jeśli nie występują skurcze naczyń, wówczas krążenie oboczne osiąga najwyższy rozwój. Natomiast w przypadkach znacznej miażdżycy tętnic (twarde, niepodatne), niskiego ciśnienia z powodu np. niedomogi mięśnia sercowego lub znacznego skurczu naczyń w sąsiednich obszarach naczyniowych, krążenie oboczne rozwija się trudniej i niedostatecznie. Jeśli zamknięcie tętnicy wieńcowej postępuje zwolna, oboczne krążenie osiągnąć może wysoki stopień i kompensować zupełnie nawet zamknięcie pnia jednej z obu tętnic wieńcowych. Połączenia o wiele częściej występują na obszarze lewej tętnicy wieńcowej, aniżeli prawej. Tłumaczyć to można samoobroną ustroju, gdyż miażdżyca i zakrzepy częściej występują w gałęziach tętnicy wieńcowej lewej *(r. descendens anterior),* aniżeli prawej. Autor nie uwzględnił prac Jonesa, które tłumaczą po części ten ciekawy objaw. Według Jonesa połączenia z wiekiem stale się rozwijają. Ich wzrost we wieku średnim jest tak intensywny, ponimo dobrego stanu naczyń wieńcowych, że myśleć tu można o samoobronie ustroju na przyszłość przed możliwem zaczopowaniem. Autor ten stwierdził (przy pomocy Roentgena), *iż połączenia o wiele częściej występują w sercu zdrowem, dojrzałem, a to w ścianie lewej komory,* mniej w ścianie prawej komory oraz obu przedsionków.

Drugi rozdział, poświęcony jest fizjologji krążenia wieńcowego. Podkreśla wpływ ciśnienia, wewnątrz aorty panującego na układ wieńcowy serca. Ponieważ naczynia wieńcowe wychodzą z początkowej części aorty, zatem krew ma w nich ciśnienie, które panuje w początkowej części tętnicy głównej. Autorzy niezgodni są w tem, czy krążenie krwi podlega wpływowi ciśnienia skurczowego lub też rozkurczowego. Dla patologji krążenia wieńcowego oraz terapji posiadają wielkie znaczenie dane fizjologiczne, tyczące się stanu kurczliwości tętnic wieńcowych, która reguluje w znacznej mierze objętość minutową krążenia wieńcowego. Tętnice wieńcowe otoczone są siecią nerwową, złożoną z włókien n. współczulnego i błędnego. Tą drogą otrzymują bodźce rozszerzające lub zwężające naczynia. Z badań fizjologji doświadczalnej wynika ważna okoliczność, że w przeciwieństwie do stosunków, panujących w innych obszarach naczyniowych, włókna n. współczulnego rozszerzają tętnice wieńcowe, natomiast n. błędnego zwężają je. Zdania klinicystów o wpływie rozszerzającym adrenaliny na naczynia wieńcowe różnią się między sobą. Przeciwnicy poglądu o rozszerzającem działaniu n. współczulnego na t. w. (tętnice wieńcowe) opierają się przeważnie na doświadczeniach, przeprowadzanych na sercu żółwia (Drury, Smith), zwolennicy natomiast na doświadczeniach na sercach ssaków. Na podstawie dotychczasowych badań przyjąć można, że ciała działające na n. błędny (np. nikotyna) zwężają tętnice wieńcowe, działające na n. współczulny rozszerzają.

Z badań ostatnich wynika, że digitalina, digitaleina i digitoksyna działają zwężająco na t. w., podczas gdy digitonina je rozszerza.

Szczegółowo dość omówione są odruchy wieńcowe. W układzie wieńcowym istnieje tak ważna dla ustroju autoregulacja. Stara się on dostosować do potrzeb narządu krążenia. Naczynia wieńcowe są bardzo czułe na wszelkie odruchy, wychodzące z autonomicznego układu nerwowego. Również działają odruchy, idące z obwodu.

W trzeciej części, poświęconej patologji doświadczalnej krążenia wieńcowego autor omawia wpływ zaczopowania wieńcowego na serce izolowane oraz na serce *in situ.* Spadek ciśnienia w aorcie po zamknięciu lewej t. w. jest objawem odruchowym. Po podwiązaniu t. w. występują często objawy drażnienia heterotopowego w postaci skurczów dodatkowych, trzepotania komór, rzadziej natomiast drażnienia nieprawidłowe wychodzą z przedsionka (następstwa podwiązania prawej t. w.). Tłumaczy się to w ten sposób, że uszkodzenia odżywcze przedsionków powstają powolniej, i że najczęściej zwierzę ginie, zanim uwidocznią się te uszkodzenia. Autor wyszczególnia również uszkodzenia przewodnictwa jako też zmiany elektrokardjogramu pod wpływem zamknięcia naczyń wieńcowych. Autor zajmuje się też tłumaczeniem bólu przy doświadczalnych uszkodzeniach t. w. Podczas gdy wsierdzie i osierdzie odpowiadają na bodźce chemiczne i mechaniczne (ciśnienie, napięcie), to naczynia wieńcowe są zupełnie nieczułe na drażnienia. Naodwrót osłona zewnętrzna *(adventitia)* naczyń wieńcowych jest bardzo wrażliwa na bodźce chemiczne i mechaniczne. Jeśli podwiąże lub zaczopuje się gałęzie wieńcowe, to wywołuje się ból, z powodu drażnienia sieci nerwowej, przebiegającej na błonie zewnętrznej tętnicy a nie z powodu ischemji. I rzeczywiście podwiązanie t. w., pozbawionych sieci nerwowej przebiega bez bólu.

Czwarta część poświęcona jest patologji krążenia wieńcowego u człowieka. W krótkich zarysach szkicuje autor odżywcze zmiany, zachodzące w sercu, jako następstwa wad zastawkowych oraz anomalij serca. Omawia i stan odżywczy mięśnia sercowego w przypadkach czynnościowych niedomagań serca (niemiarowości) oraz uszkodzeń krążenia obwodowego. Opisując patologję t. w. zwraca uwagę w pierwszym rozdziale na t. zw. drobny zespół wieńcowy *(das kleine Koronarsyndrom) coronaritis,* wywołany przedewszystkiem przez miażdżycę, rzadziej kiłę (10%), niekiedy etjologję tworzy reumatyzm, *thrombangitis obliterans.* W rachubę wchodzą i okołonaczyniowe zapalenia t. w. z ogniska zakaźnego w mięśniu, *sclerosis saturnina, coronaritis* ropnia z powodu zatoru drobnoustrojowego (Packard i Wechsler), zapalenia t. w., które rozszerzają się w kierunku osierdzia, *periarteritis nodosa* (Condorelli, Hast, Graf i in.). Autor omawia szczegółowo etjologję *coronaritis.* Przy rozlanem uszkodzeniu układu wieńcowego zajmującem i drobne gałązki, powstać może obraz *„cirrhosis arteriosa"* skutkiem zwyrodnienia włókien mięśniowych serca, wywołanego hipemją z powodu zwężenia t. w. Szczegółowy rozdział poświęcony jest symptomatologji klinicznej *coronaritis,* której nie zawsze towarzyszyć muszą objawy anginowe. Autor zwraca uwagę na zmiany elektrokardjograficzne (zupełny blok, zmiany załamka T, blok ramienny i arboryzacyjny). Przy omawianiu *angina pectoris coronaria* autor nie wdaje się w krytykę patogenezy anginy piersiowej, uważa jednak tylko te przypadki za schorzenia wieńcowe z zespołem anginowym, w których napady stenokardji są częste, natomiast w przerwach międzynapadowych chorzy czują się dobrze bez klinicznych objawów zwyrodnienia mięśnia sercowego. Poza tem autor nie daje nic nowego w opisie etjologji, patogenezy i kliniki ostrego zaczopowania tętnic wieńcowych, t. zw. wielkiego zespołu wieńcowego *(das grose Koronarsyndrom).*

Natomiast wiele opuścił autor, nie przedstawił szczegółowo klinicznych objawów zawału mięśnia sercowego, ujmując dość pobieżnie cały ten obraz[1]). W terapji okresu następowego po

[1]) por. Ungar, P. G. L. 1931, str. 742.

zawale serca wspomina autor o korzystnym wpływie diatermji okolicy serca. Biondo widział polepszenie się stanu odżywienia mięśnia sercowego oraz korzystne zmiany ekg.

Naogół książka przedstawia się dość korzystnie. Pisana dość żywo zająć powinna każdego lekarza.

Ungar. (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Schorzenie tętnic wieńcowych w warstwach pracujących. BOAS i DONNER. Journ. of Am. Med Assoc. 1932, V. 98, str. 2186.

Twierdzi się, że angina piersiowa z miażdżycą naczyń wieńcowych i zakrzepami tętnic wieńcowych staje się coraz częstszą. Autorzy sami mieli w ciągu 2 lat 225 nowych przypadków anginy piersiowej lub zakrzepów wieńcowych. Przyczyną tego zjawiska jest udoskonalenie diagnostyki oraz elektrokardjograf, dzięki którym częściej się te schorzenia rozpoznaje. Szereg autorów obwinia tempo i sposób nowoczesnego życia, jako przyczynę częstszego powstawania chorób naczyń wieńcowych, które się podobno najczęściej spotyka u ludzi intensywnie pracujących i na których ciąży wielka odpowiedzialność, u „ludzi pracujących mózgiem" (Philipps), lekarzy (znaczny odsetek) i in. Inni (Allbutt, Huchard, Gallavardin) spostrzegali te schorzenia często i u pracowników fizycznych. Autorzy badali 615 żydowskich robotników, przysyłanych w celu zbadania sprawności serca, a znaleźli w 1/3 schorzenia naczyń wieńcowych. 71% z tych chorych było poniżej 50 lat. U 8 t. j. 4.7% równocześnie stwierdzili cukrzycę. Niezgodność wyświetlają autorzy tem, że powikłanie cukrzycy z anginą piersiową lub zakrzepem wieńcowym przypada na lata powyżej 60 r. Z chorych 61 cierpiało na anginę piersiową, 53 na miażdżycę naczyń wieńcowych i zwyrodnienie mięśnia sercowego a 57 na zakrzep wieńcowy. W 2/3 przypadków znaleziono zmiany w mięśniu sercowym. Połowa chorych z anginą piersiową i zwyrodnieniem mięśnia sercowego wykazywała nadciśnienie, natomiast z cierpiących na zakrzepy wieńcowe ledwie 1/4. Przeszło połowa wszystkich chorych wykazywała rozszerzenie stłumienia serca. 15% z 171 chorych ze schorzeniem naczyń wieńcowych tworzyły kobiety, z tych 22 wykazywały nadciśnienie, z mężczyzn 1/3 wykazywała nadciśnienie. Liczba znalezionych schorzeń naczyń wieńcowych jest bardzo znaczna, a uderzającem jest to, że tyle jest przypadków poniżej 50 lat. Wszyscy byli Żydami — czyż predyspozycja rasowa? Częstość anginy piersiowej wśród Żydów i Włochów a jej rzadkość wśród murzynów tłumaczy się różną konstytucją nerwową. Wolne pole do dyskusji pozostawia zagadnienie wpływu dziedziczności, zawodu i diety na schorzenia naczyń wieńcowych. Autorzy przypuszczają, że schorzenia naczyń wieńcowych są dwojakiego rodzaju. I. przebiega w ramach ogólnej miażdżycy; jest objawem starzenia się ustroju. II. rodzaj występuje u młodych i silnych osobników pomiędzy 35—50 r. życia, którzy nie posiadają żadnych innych zmian naczyniowych, lecz wykazują nadciśnienie samoistne. Tu choroba posiada bardziej złośliwy charakter.

Ungar (Lwów).

Przyczynek do symptomatologji powiększonego lewego przedsionka. N. LANDAU, E. ZAK. Med. Klin. Nr. 16, 1932.

W zwężeniach ujścia żylnego lewego z bardzo silnym przerostem przedsionka lewego, występuje często wysokie ustawienie krtani jako następstwo podsunięcia rozgałęzienia tchawicy przez przerosły przedsionek sercowy. Podobnie działa również silnie powiększona komora prawa. Linja łącząca wyrostek sutkowaty kości skalistej z mostkową częścią obojczyka jest u ludzi zdrowych przepołowiona przez linję, którą wykreślamy przy pomocy libeli od *incisura thyreoidea* do 1. wymienionej. Przy przerostach przedsionka l. linja druga nie połowi pierwszej, lecz dzieli ją na dwa nierówne odcinki. W tychże przypadkach niekiedy przy utrzymującym się rytmie zatokowym udaje się wysłuchać nad l. oskrzelem (z tyłu w przestrzeni międzyłopatkowej tuż poniżej łopatki) synchroniczny z akcją serca przerywany szmer oddechowy. Udaje się to wysłuchać przy niewysilonem oddechaniu. Ma to być następstwem silnego ucisku na oskrzele l. i jego zwężenie przez powiększający się przedsionek w czasie skurczu komór, a zmniejszający się w czasie skurczu przedsionków.

Godłowski (Kraków).

Przypadek prawostronnego ułożenia serca, z ubytkiem w przegrodzie międzykomorowej. J. RIHL, J. LANGER. Med. Klin. Nr. 17, 1932.

Tak fizykalnie, jak i radjologicznie stwierdzono prawostronne ułożenie serca z równoczesnem ułożeniem innych trzewi na prawidłowem miejscu, przy istnieniu wady rozwojowej: *cheilognathopalatoschisis.* Na wykresach elektrograficznych można było również wykazać cechy wskazujące to wadliwe ułożenie serca.

Godłowski (Kraków).

Przyczynek do enterokokowego zapalenia wsierdzia. G. ROSENBERG. Klin. Wschr. Nr. 9, 1932.

Wśród innych autorów Gundel zwrócił uwagę na to, że mogą istnieć kliniczne obrazy *endocarditis lenta,* mimo że nie są one wywołane przez paciorkowca zieleniejącego, a przykładem tego może być t. zw. *endocarditis enterococcica.* Mimo to *streptococcus viridans* pozostanie także nadal jedynym czynnikiem przyczynowym dla *endocarditis lenta.* Obraz anatomopatologiczny *endocarditis enterococcica* jest odmienny od obrazu *endocarditis lenta.* Autor opisuje przypadek, dotyczący mężczyzny 34 letniego, chorego od 3 tygodni, z wysoką, posoczniczą, zwalniającą ciepłotą, objawami ze strony serca, z powiększoną śledzioną, u którego z krwi wyhodowano liczne kolonje enterokoka. Sekcja wykazała zgrubienie zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej z brodawkami i wyroślami zwisającemi, poprzerywaniem nitek ścięgnistych, w mięśniu zaś z szarawemi ogniskami; w śledzionie i nerkach były zawały. Bakterjologicznie z krwi, śledziony i zmian zastawkowych wyhodowano enterokoki. Zarówno ogniska w mięśniu sercowym, jak zawały nerek i śledziony, okazały się ogniskami posoczniczemi, zawierającemi enterokoki, w przeciwieństwie do niebakteryjnych zawałów w *endocarditis lenta.* Obraz anatomiczny samej *endocarditis* różni się od obrazu *endocarditis lenta.* Wogóle należy zaznaczyć, że enterokoki nie wywołują takiego typowego zapalenia wsierdzia, jak w *endocarditis lenta,* a natomiast dają zakażone zawały, czego niema w *endocarditis lenta.* *Nowicki* (Lwów).

Rumień guzowaty w płonicy. H. PERGER. Med. Klin. Nr. 11, 1932 r.

U dwojga dzieci z zupełnie pewną płonicą wystąpiły w czasie jeszcze trwania objawów na kończynach po stronach wyprostnych nacieki guzowate, okrągłe, koloru ciemno-wiśniowego. Po podaniu salicylatów objawy te ustąpiły zupełnie.

Godłowski (Kraków).

Wczesne wykrywanie gruźlicy. BRAEUNING. Klin. Wschr. Nr. 10, 1932.

W sprawozdaniu poglądowem wyraża autor zapatrywanie, że wprawdzie większość chorych gruźliczych zwraca się w porę do lekarza, ale że rozpoznanie gruźlicy nie zostaje postawione, gdyż wczesne rozpoznanie bez badania rentgenowskiego nie jest możliwe. Każdą sprawę gruźliczą poprzedza okres nie zwracający uwagi chorego *(Tuberculosis inappercepta),* w którym w wielu wypadkach los chorego rozstrzyga się już na jego niekorzyść, o ile taki chory nie zostanie wykryty przy badaniu rentgenowskiem osób pozornie nawet zdrowych. Autor dochodzi do wniosku, że tylko masowe badania rentgenologiczne, zarówno osób zgłaszających się do lekarza, jako też i osób, które czują się zdrowe, mogą prowadzić do wczesnego stwierdzenia gruźlicy. Nie jest to wcale przesadą specjalistów, by stosować w jak najszerszej mierze metodę badań, która okazała się celowa ze stanowiska zapobiegawczego. Autor uważa poprostu za błąd sztuki pomijanie badania rentgenologicznego przy najlżejszem nawet podejrzeniu gruźlicy lub orzekanie bez tegoż badania, że w płucach niema zmian. *Karasiński* (Kraków).

Wpływ tyroksyny na skórny odczyn tuberkuliny. P. KALLÓS u. W. MUELLER. Klin. Wschr. Nr. 12, 1932.

Odczyn tuberkulinowy przy wcieraniu w skórę starej tuberkuliny wypada dodatnio tylko w ograniczonej liczbie przypadków u osobników wrażliwych na tuberkulinę. Dodanie tyroksyny wzmacnia ten odczyn, a nawet sprawia, że wypada on dodatnio nawet w tych przypadkach, w których bez tego dodatku bywał ujemny. Odczyn tuberkulinowy naskórny można również wzmocnić przez dodanie tyroksyny, przyczem jednak reagują dodatnio tylko osobniki z gruźlicą skóry. Działanie miejscowe tyroksyny na wzmacnianie odczynów skórnych tuberkulinowych wbrew zapatrywaniu L u c a c e r a zdaje się polegać, sądząc z eksperymentów autorów, na rozluźnieniu naskórka przez n/100 KOH, w którym rozpuszczoną podawano tyroksynę. *Karasiński* (Kraków).

O gruźlicy, wikłającej cukrzycę. L. SZYFMAN. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 3, 1932.

Autor podaje dane statystyczne Naunyna i Noordena oraz swoje własne, z których wynika, że to powikłanie cukrzycy jest, jeśli chodzi o rasę, częstsze u Żydów niż u chrześcijan. Dalej po-

daje S. obserwacje własne oraz innych autorów, polegające na nagłych wzrostach tolerancji u cukrzycowych z gruźlicą. Jako wytłumaczenie tych zjawisk podaje on teorję Sterlinga, że po wyczerpaniu się układu sympatycznego z wątrobą na czele, występuje antagonistyczna przewaga układu parasympatycznego — trzustki. W sprawie leczenia tych przypadków skłania się S. do metody leczenia Porgesa bogatej w węglowodany. Specjalnych wskazań wzgl. przeciwwskazań do założenia odmy u cukrzycowych gruźlików, po odpowiedniem przygotowaniu insulinowo-dietetycznem, niema zdaniem S. i nie różnią się one od wskazań dla niecukrzycowych. *Karol Waller* (Lwów).

O leczeniu dietetycznem gruźlicy kości według G. S. H. Dr. ZELINKA. Č. Lek. Česk. 1932, z. 13.

Autor zbiera dotychczasowe doświadczalne wyniki, tyczące się przemiany materji w gruźlicy oraz usiłowania w kierunku ich leczniczego zastosowania. Dieta Gersona bezsolna, przeważnie roślinna stosowana była na Klinice Sauerbrucha przez Herrmannsdorfera, który opierając się na spostrzeżeniach medycyny szkolnej i swoich doświadczeniach o korzystnym wpływie kwasoty tkankowej, opracował dietetyczną metodę celem leczenia gruźlicy skóry i kości. Dieta ta jest mieszana, bogata w białko, zwłaszcza zaś w tłuszcz i witaminy z obfitem podawaniem antagonistów szkodliwego sodu (K, Ca, Mg, Br, i in.) w postaci jarzyn i owoców, lub w mieszance mineralnej Gersona zwanej *mineralogen*. Usunięta jest sól kuchenna z tej diety oraz korzenie (najwyżej 3—4 g). Doświadczalnie wykazano korzystny wpływ tej diety na gruźlicę skóry i kości. Autor badał wpływ tej diety w zakładzie Szumberga na dzieci z gruźlicą kości, powikłaną otwartemi ropniami z zakażeniem mieszanem i posocznicą. Leczenie, nawet przerywane na 3—5 miesięcy okazało się bardzo zadawalniającem i w przypadkach, uważanych za stracone. Autor opisuje 5 przypadków. *Ungar* (Lwów).

Epidemja dobrotliwego zapalenia limfocytarnego opon mózgowych. Dr. ANTOŠ. Čas. Lek. Česk. 1932, Z. 14.

W lecie 1931 r. spostrzeżono na Klinice wew. w Bernie 27 przypadków schorzenia, nagle rozpoczynającego się wysoką gorączką, bólami głowy i szybko się rozwijającym zespołem meningealnym. W płynie mózgowo-rdzeniowym wyraźny był odczyn globulinowy — Pandy'ego, Nonne-Apelta i Ross-Jonesa i zwiększona była ilość komórek — przeważnie limfocytów. Ilość cukru w płynie była niska, niższa aniżeli równocześnie mierzona ilość cukru we krwi, jaką spotykamy w *meningitis*. Badanie bakterjologiczne i odczyn Bordet-Wassermanna były ujemne. Po punkcji nastała szybka poprawa w 19 przypadkach. W 5 przypadkach przebieg dalszy powikłany był objawami *neuritis plexus brachialis* lub *lumbo-sacralis*. W 2 przypadkach rozwinęła się *diplegia facialis;* w jednym ustąpiła zupełnie, w drugim pozostała jednostronna pareza. Nie spostrzeżono zaniku mięśni, zachowana pozostała wrażliwość elektryczna. Jedyny przypadek śmiertelny powikłany był odoskrzelowem zapaleniem płuc. Chodziło w przypadkach tych o epidemję dobrotliwej *meningitis* limfocytarnej, którą się obecnie częściej spotyka w różnych krajach Europy. Prof. Pelnař nazywa podobne schorzenie *„meningismem epidemicznym"* zamiast nazwy *„meningitis"* z powodu zmiennego wyniku badania osadu z płynu mózgowo-rdzeniowego. Etjologja tego schorzenia jest nieznaną: jedni uważają tę chorobę za pewien rodzaj *encephalitis epidemica*, inne dopatrują się pewnego związku z zarazkiem Heine - Medina. *Ungar* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Doświadczenia nad wpływem hormonu ciałka żółtego na przemianę jodu. SCHERINGER. Archiv f. Gyn. T. 146, z. 2.

Doświadczenia przeprowadził autor u kobiet miesiączkujących normalnie, a miały one za zadanie wykazanie wpływu hormonu jajnikowego, a zwłaszcza hormonu ciałka żółtego na tarczycę. Obie grupy kobiet, mianowicie 8 w okresie *intermenstruum* i 5 w okresie *praemenstruum* reagowały jednakowo po zaaplikowaniu im hormonu ciałka żółtego drogą pozajelitową. Po zastosowaniu luteoganu Henninga zauważył wyraźnie zwiększenie się koncentracji jodu we krwi i mniej regularne wzmożenie wydzielania go w moczu. Zjawisko to występowało wyraźnie wówczas, gdy aplikował luteogan dzień po dniu.

Małe dawki hormonu pęcherzyka jajnikowego *(panhormon* Henninga) nie wywoływały powyższej reakcji, jak to czynił luteogan, lecz dopiero dawki duże *(progynon* Scheringa).

Wnosi więc autor na podstawie powyższych doświadczeń, że podawanie hormonu jajnika pobudza tarczycę do energiczniejszej czynności. *K. B.* (Lwów).

Leczenie otyłości tyroksyną i prolanem kobiet z przedwczesnym brakiem miesiączki. A. SCHITTENHELM i B. EISLER. Klin. Wschr., Nr. 11, 1932.

Autorowie już dawniej zalecali stosowanie tyroksyny w stanach otyłości. Obecnie rozszerzają oni leczenie wkrewne na inne przypadki tejże otyłości. Stosowanie leczenia tyroksyną wzmacniają podawaniem hormonów przedniego płatu przysadki, opierając się na działaniu jego na przemianę materji, t. j. obniżenie przemiany podstawowej. Jest jednak nierozstrzygniętem, czy to działanie należy przypisać prolanowi A i B, czy też chodzi tu o działanie, idące od układu rodnego, mianowicie o jakiś hormon przemiany materji. Na podstawie wstępnych badań, w których autorowie oznaczali wartość działania wkrewnego według wrażliwości zwierząt na brak tlenu, doszli do następujących wyników: 1) Tyroksyna zwiększa wrażliwość na brak tlenu u prawidłowych i kastrowanych zwierząt. 2) Tyroksyna i prolan również zwiększają tę wrażliwość i w tem działaniu są niezależne od kobiecych gruczołów płciowych. 3) Menformon prolan i tyroksyna zwiększają wrażliwość na brak tlenu w tym stopniu, jak mieszanina prolanu i tyroksyny.

Mając te dane, autorowie przystąpili do stosowania tyroksyny i prolanu u kobiet otyłych, m. i. z zaburzeniami miesiączkowemi *(ameno-, oligo- i dysmenorrhoe)*. Stosowali oni naprzemian przez 3—4 dni tyroksynę Schering *per os* i trzy dni prolan (A + B) i otrzymali u kobiet z brakiem miesiączki i otyłością bardzo dobre wyniki co do spadku ciężaru i powrotu miesiączki. Stosowanie menformon - folikuliny obok diety nie dało wyników pomyślnych. U kobiet z miesiączką lepiej jest podawać tylko tyroksynę i prolan A + B chyba tylko czas krótki, bo może wywołać zbyt gwałtowne i przedwczesne dojrzewanie jajka względnie luteinizację. *Nowicki* (Lwów).

O zmianie czynności wątroby w ciąży. C. KAUFMANN. Klin. Wschr. Nr. 12, 1932.

Autor podejmował badania czynnościowe wątroby u 6 kobiet w pierwszej połowie ciąży i u 20 kobiet w późniejszym okresie ciąży. Zastrzega się, że zapomocą poszczególnych prób obciążania wątroby bada się każdorazowo tylko jedną z wielu różnych czynności wątroby, że zatem z wyniku poszczególnych prób czynnościowych nie można mieć wystarczającego obrazu całości funkcyj wątroby. Wyniki przeprowadzonych prób obciążenia lewulozą, bilirubiną oraz na zawartość glikogenu w wątrobie, ocenianą wedle stopnia przecukrzenia krwi po dożylnem podaniu insuliny, wskazują, że we wszystkich przypadkach zarówno wczesnej jak i późniejszej normalnie przebiegającej ciąży było przynajmniej częściowe uszkodzenie czynności wątroby. Może to być wyrazem zmienionej przemiany materji w ciąży, bez tła patologicznego, ale także i utajonej hepatopatji wywołanej ciążą. *Karasiński* (Kraków).

Hepatopatja utajona po samozatruciu ciążowem. F. STROEBE. Klin. Wschr. Nr. 12, 1932.

Badano 24 kobiet, z nich 3 z początkiem ciąży, pozostałe w pewien czas po przebyciu samozatrucia ciążowego zapomocą prób wyżej wspomnianych. W 16 przypadkach stwierdzono zaburzenia poszczególnych czynności wątroby. Co się tyczy rokowania w tych przypadkach, to należy stwierdzić, że w ich większości nie ma się prawdopodobnie do czynienia ze zmianami anatomicznemi wątroby, któreby były nieodwracalne. Wyniki prób czynnościowych wątroby nie mogą stanowić podstawy dla ustalenia wskazania przerwania ponownej ciąży, chyba że oprócz zaburzenia wielu poszczególnych czynności wątroby stwierdza się także podniesienie parcia krwi lub objawy ze strony nerek. *Karasiński* (Kraków).

Zmiany w wątrobie po wytrzebieniu. BOKELMANN, DIECKMANN, KAUFMANN i SCHERINGER. Arch. f. Gyn. T. 146, z. 2.

Po wytrzebieniu samic szczurów białych występuje poważna zmiana chemicznego składu wątroby a mianowicie w tym kierunku, że zwiększa się absolutna i względna zawartość glikogenu, a zmniejsza się względna zawartość tłuszczu. Obliczona z poszczególnych badań przeciętna krzywa wskazuje, że przytem stopień przybytku na wadze po operacji i wysokość koncentracji glikogenu wykazują pewną równoległość.

Fakta powyższe narzucają pytanie, czy usunięcie gruczołów rozrodczych wywiera specjalny wpływ na przemianę węglowodanów i tłuszczu, lub też działanie samego wytrzebienia powoduje zahamowanie procesów spalania względnie zużytkowanie pożywienia. Ponieważ węglowodany dominują w przemianie materji jako źródło energji, więc oba procesy powodowałyby przedewszystkiem oszczędzenie węglowodanów, które nagromadziły się w znaczniejszej ilości w wątrobie. Otyłość płciową cechuje bądź co bądź

wątroba bogata w glikogen a uboga w tłuszcz. Zjawisko to stoi w sprzeczności do stłuszczenia wątroby sztucznie przekarmianych organizmów zwierząt tuczonych. Pewnej analogji z powyższemi faktami możnaby się może dopatrywać w spostrzeżeniu już dawno w klinice stwierdzonem a mianowicie, że organizm otyły po wstrzymaniu się od węglowodanów w celu wyrównania okazuje małą skłonność do wydzielania ciał acetonowych. Zjawisko to można wytłumaczyć tem, że zapas węglowodanów chroni ustrój przed wczesnem spaleniem tłuszczu. Trudno rozstrzygnąć, czy wspomniany objaw pozostaje w pewnym szczególnym związku z otyłością płciową. Tak samo nie możemy powyższego zjawiska bogatej w węglowodany a ubogiej w tłuszcz wątroby w tej postaci otyłości uogólniać na inne grupy, choć pewne objawy zdają się za tem przemawiać.

Stosowanie folikuliny u samic szczurów białych po wytrzebieniu powodowało mimo to przybytek na wadze. Jak z nielicznych badań przytoczonych przez autorów wynika, u zwierząt tych zawartość glikogenu w wątrobie jest względnie skąpa, zaś zawartość tłuszczu dość duża.

Doświadczenia nad zawartością glikogenu i tłuszczu w wątrobie przeprowadzone w poszczególnych fazach cyklu miesiączkowego u 70 samic szczurów białych nie wykazują żadnych poważniejszych różnic ilościowych. Skąpa ilość doświadczeń nie upoważnia do wypowiedzenia w tej sprawie sądu ostatecznego. Krytyczna ocena wyników tych doświadczeń z stanowiska histo-chemicznego wykazuje jedynie, że w okresie *prooestrus i oestrus* istnieje stosunkowo mała koncentracja glikogenu w wątrobie, podczas gdy w stadjum *metaoestrus* i *dioestrus* rzecz ma sie przeciwnie. *K. B.* (Lwów).

Histerektomja i przedwczesne ustanie miesiączki. SESSUMS, MURPHY. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Obserwacje autorów odnoszą się do 91 kobiet, u których wykonano histerektomję przed 36 rokiem życia z pozostawieniem jednego lub obu jajników. U kobiet tych objawy menopauzy występowały b. często i to już w ciągu 2 lat po operacji, szczególnie zaś, gdy już poprzednio istniały zaburzenia miesiączkowe. Usunięcie jednego jajnika przyśpieszało pojawienie się objawów.

Autorowie uważają, że wykonując histerektomję starać się należy — o ile możliwe — o oszczędzanie *endometrium* dla zachowania czynności miesiączkowej. *Michałowski* (Lwów).

Toksyczne zapalenia nerwowe w ciąży. BERKWITZ, LUFKIN. Surg., Gyn. a. Obst. 1932, LIV/5.

Autor zebrał 48 przypadków z piśmiennictwa, do czego dodał 4 własne (w tem trzy z badaniem sekcyjnem). Sprawa rozwija się w pierwszych trzech miesiącach ciąży, poprzedzona uporczywemi wymiotami. Najpierw zostają zajęte kończyny dolne, następnie porażenie postępuje dalej. Objawy natury psychicznej (zamroczenie majaczeniowe) występuje w około 2/3 części przypadków, przyśpieszenie tętna w połowie, poza tem znaleziono zapalenie nerwu ocznego zaledwie w czterech przypadkach. Chemja krwi i moczu pozostaje bez zmian. Na sekcji nie znaleziono większych zmian, poza charakterystycznemi zmianami nerwowemi w nerwach obwodowych i komórkach rogów przednich. Tu i ówdzie zauważono krwawe wybroczyny w mózgu i rdzeniu.

Schorzenie ma charakter samozatrucia, prowadzącego do znacznego wyczerpania. Rozpoznanie bez dokładnego badania neurologicznego jest trudne. Najracjonalniejsze leczenie — przerwanie ciąży. Śmiertelność 25%. *Janik* (Iwonicz).

Rozejście się spojenia łonowego podczas porodu. REIS, BEAR, ARENS, STEWARD. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Do 62 tego rodzaju przypadków znanych w piśmiennictwie, autorowie dołączają opis 5 własnych. Etjologicznie główną rolę odgrywa natężenie bólów oraz szybkość porodu, jako też niestosunek porodowy. Rzadko zdarza się zupełne rozejście się spojenia, najczęściej pozostają jeszcze wiążące pasma włókniste. Krwotoki są dość częste, przy rozdarciu zaś pochwy powstają ropnie. Najcharakterystyczniejszym objawem jest ból w okolicy spojenia, jako też bardzo wyraźna czasami krepitacja. Leczenie polega na zupełnem unieruchomieniu pierścienia miednicy, co uzyskać można najprościej przez odpowiednie ułożenie pomiędzy workami z piaskiem, przez zabieg operacyjny, lub też zapomocą wyciągu. *Michałowski* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Czy niektóre miejsca skóry posiadają specjalną alergiczną zdolność oddziaływania? L. M. PAUTRIER. Pres. Méd. 34, 1932.

Autor rozważa, jakie są przyczyny powstawania liszajca zołzowego *(lichen scrophulosorum postituberculinicum)*, występującego u niektórych osobników przy wykonywaniu naskórnej próby tuberkulinowej. Ponieważ zwyczajny liszajec zołzowy występuje wskutek wysiania się do krwi prątków gruźliczych i w zmianach skórnych można je wtedy zawsze wykazać, przeto możnaby przypuszczać, że liszajec potuberkulinowy jest też wywołany przez prątki gruźlicze. Nie można było jednak nigdy dotąd znaleźć prątków w tego rodzaju liszajcu, ponadto takie tłumaczenie jest bardzo mało prawdopodobne. Podobnie nie wytrzymuje też krytyki hipoteza, że liszajec ten wywołują prątki gruźlicze osłabione lub formy przesączalne prątka. Wiele przemawia za tem, że są to zmiany alergiczne. Liszajec taki, występujący u osobników gruźliczych, naokoło silnie dodatniej reakcji tuberkulinowej, stanowi reakcję alergiczną mieszków włosowych, jako tej tkanki skórnej, która jest najlepiej unaczyniona i dlatego na tuberkulinę odpowiada wytworzeniem nacieku. Że tak jest, za tem zdają się przemawiać doświadczenia autora nad wywoływaniem liszajca liszajowego *(lichen trichophyticus)*. Mianowicie w liszaju strzygącym (szczególnie w głębszych postaciach trichofitji) można przez śródskórny zastrzyk czystej trichofityny wywołać naokoło silnej reakcji ogniska trichofitynowego także liszajec, który histologicznie przedstawia się podobnie jak liszajec zołzowy, a patogenetycznie jest to odczyn alergiczny mieszków włosowych uczulonych na trichofitynę. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie kiły złotem. W. HEUCK, J. VONKENNEL. Med. Klin. Nr. 6, 1932.

Preparaty złotowe (solganal dożylny i domięśniowy) stosowali w 1, 2, 3 okresie kiły, tak w sero-pozytywnych jak i negatywnych oraz postaciach utajonych kiły. Obserwowali przypadki nie leczące się ani preparatami salwarsanowemi ani bizmutowemi, które tak serologicznie jak i klinicznie reagowały na leczenie złotem. Również kiła systemu nerwowego reagowała korzystnie na to leczenie. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono obecność złota, które zupełnie nie uszkadzało przepuszczalności opon. Złoto wydziela się z moczem nie powodując uszkodzenia miąższu nerkowego. Inne organa miąższowe, jak i przemiana materji pozostawały bez zmian. Dawki wynoszą 1 cm^3 20% zawiesiny złota w oliwie, w całości dawano 6 g preparatu złotowego. Mechanizm działania złota jest zbliżony raczej do działania bizmutu. Jako wręcz wskazane do leczenia złotem są: przypadki oporne innemu leczeniu, jako też postacie *lues visceralis*, w których leczenie salwarsanem jest ryzykowne. *Godłowski* (Kraków).

Sporadyczne przypadki rumienia lombardzkiego w Europie środkowej. A. MEYER. Klin. Wschr. Nr. 11, 1932.

Autor obserwował w przeciągu krótkiego czasu w klinice Prof. Staehelina trzy przypadki rumienia l., którą to sprawę uważa za schorzenie trofoneurotyczne. Za podstawę rozpoznania służyły zmiany skórne, ponadto stwierdzał także zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego oraz charakterystyczną depresję, zwłaszcza w pierwszych okresach choroby, u chorych pod względem psychicznym zupełnie normalnych. *Karasiński* (Kraków).

KOMUNIKATY ZAWODOWE.

Dnia 4. XI. 1932 r. została zawiązana Sekcja analityków Związku Lekarzy Państwa Polskiego (obwód Lwów), obejmująca lekarzy pracujących w dziale analitycznym. Zadaniem Sekcji jest zapewnienie lekarskiej pracy laboratoryjnej stanowiska należącego się jej zarówno ze względów rzeczowych jak i prawnych.

Przyjął się niczem nieumotywowany zwyczaj udzielania przez władze administracyjne osobom niedostatecznie kwalifikowanym koncesji na samodzielne prowadzenie tych lekarskich placówek, obniżający wartość pracy i szkodzący stanowi lekarskiemu.

Powstały kursa, które w ciągu kilku miesięcy mają inżynierów chemji, farmaceutów, biologów a nawet osoby bez wykształcenia wyższego wykształcić na samodzielnych kierowników pracowni analitycznych lekarskich. Osoby te otrzymują po kilkumiesięcznej praktyce koncesję na pracownię.

Uważamy taki stan rzeczy za wysoce szkodliwy. Stwierdzamy, że diagnostyczne badania laboratoryjne stanowią integralną część praktyki lekarskiej. Każda analiza lekarska wymaga przedewszystkiem lekarskiego wykształcenia, jeśli ma spełniać swe zadanie przyczynienia się do pracy leczniczej. Lekarz-analityk jest w swoim zakresie konsyljarjuszem lekarza praktyka, musi umieć krytycznie wartościować metody i wyniki, musi móc zrozumieć doniosłość wyników i skutki takiej lub innej diagnozy. Musi się w ciągu swej praktyki specjalistycznej przez porozumiewanie się z leczącym nabierać doświadczenia co do możności diagnostycznych. W wypadku chorób infekcyjnych musi być w pełni uświadomionym straż-

nikiem społeczeństwa, w wszystkich innych, a zwłaszcza w wypadku chorób wenerycznych, musi być związany deontologją lekarską, lekarską tajemnicą zawodową.

Obok tych względów rzeczowych podkreślamy, że na podstawie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 25. IX. 1932 o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Art. I (1) wchodzą czynności polegające na rozpoznawaniu chorób, więc wszelkie chemiczne i bakterjologiczne analizy lekarskie w zakres praktyki lekarskiej. Wyniki badań, jako orzeczenia lekarskie są również częścią praktyki lekarskiej. Wobec tego prawo wykonywania tych analiz i wydawania orzeczeń mają wyłącznie osoby określone w Art. 3. powyższego rozporządzenia, a mianowicie osoby które: a) są obywatelami Państwa Polskiego, b) posiadają uznany dyplom lekarski, c) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną po uzyskaniu dyplomu, d) są zapisane na listę członków Izby Lekarskiej.

Powołując się na te wymienione okoliczności zwróciła się Sekcja analityków Związku Lekarzy Państwa Polskiego do Izby Lekarskiej z prośbą o interwencję w Województwie, względnie w Ministerstwie Opieki Społecznej, by nie wydawano na przyszłość koncesyj na laboratorja analityczne lekarskie osobom niepowołanym, w szczególności doktorom filozofji i inżynierom chemji lub magistrom farmacji.

Sekcja analityków zwraca się ponadto do ogółu lekarzy z prośbą, by ze swej strony poparli jej akcję i zwracali się w praktyce swej wyłącznie do pracowni prowadzonych przez lekarzy. Solidarność lekarska i wysoki poziom pracy lekarskiej najlepiej zwalczać mogą partactwo w wszelkich dziedzinach medycyny! Kto przeszkodzi niezwiązanym deontologją lekarską pracowniom we „współpracy" z aptekami i „cudotwórcami"?

Sekcja analityków zwraca się równocześnie w imię posłannictwa pracy lekarskiej i dobra stanu lekarskiego do kierowników Zakładów, w których odbywały się wspomniane wyżej kursa, by zaniechali produkowania niepotrzebnych i szkodliwych partaczy. Zwraca się również do lekarzy na kierujących stanowiskach urzędowych, administracyjno-lekarskich, by ze swej strony przeciwstawili się szkodliwym stosunkom. Stan lekarski przeszedł w ostatnich latach za dużo szkód i wstrząsów, by można pozwalać na podkopywanie jego bytu także od wewnątrz, ze strony samych lekarzy. Lekarz-analityk nie robi w swej pracowni majątku, wielu z nich obrało te nieintratną specjalność z powodu zamiłowania do pracy teoretycznej. Pracownia jest dla nich zarazem warsztatem pracy naukowej. Czy kierownicy Zakładów naukowych zdają sobie sprawę z krzywdy wynikającej z podkopywania bytu pracowniom prywatnym? Potrzebne są kursa dokształcające dla lekarzy lub kursa dla sił pomocniczych, t. j. laborantów i laborantek — szkodliwe są natomiast kursa dla pośpiesznego kształcenia — w ciągu kilku miesięcy! — osób, mających potem pretensje do samodzielnej pracy analitycznej.

Skutki nieprawidłowego stanu rzeczy w obrębie naszej specjalności okazują się już w horendalnej wprost postaci: oto np. zamierzone są podobno aptekarskie spółdzielnie do eksploatowania analiz lekarskich, mające otwarcie używać niebezinteresownego pośrednictwa aptek. Jesteśmy przekonani, że nie znajdą się lekarze, którzyby chcieli pracować w takiem przedsiębiorstwie.

W jednym z projektów Władz ogólno-państwowego Związku kas chorych wyłącza się lekarzy-analityków z pośród ogółu lekarzy i zrównuje ich z urzędnikami. Projekt ten wywołał naturalnie należyty odruch ze strony świata lekarskiego.

Niechaj uświadomi to lekarzy, jak groźne jest niebezpieczeństwo! Prosimy wszystkie czasopisma lekarskie o przedruk niniejszego komunikatu.

Sekcja analityków
Związku Lekarzy Państwa Polskiego (obwód Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 24. stycznia 1932 r. w szpitalu na Zawodziu (Lekarz Nacz. Dr. L. Batawia).
Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

1. Kol. Batawia pokazał 17-letnią chorą E. R., która od 7 lat ma chrypkę. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, nie jest obarczona dziedzicznie. W narządach wewnętrznych zmian niema; niema podejrzenia na gruźlicę: Wassermann ujemny. W ostatnim roku skarży się na duszność. Badanie nosa i gardzieli zmian nie wykazało. W krtani więzadła rzekome przedstawiają się w formie grubych wałów, zrośniętych zprzodu, pod niemi więzadło prawdziwe również zgrubiałe i też w przedniej części zrośnięte tak, że szpara głosowa zmniejszona o połowę.

Kol. Batawia omawia rozpoznanie różniczkowe między demonstrowanemi zmianami w krtani, a nieżytem przewlekłym, nieżytem przerostowym Gerardta *(chorditis vocalis hypertrophica inferior)*, gruźlicą i kiłą krtani, sprawą nowotworową dobrotliwą i złośliwą i, wykluczając po kolei wszystkie te postacie chorobowe, dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z rzadką w naszych okolicach *twardzielą krtani*. Co do leczenia, u chorej będzie stosowane naświetlanie promieniami Roentgena. *(streszczenie własne)*.

W dyskusji: kol. Rożkowski zwraca uwagę, że tę jednostkę chorobową dość często spotyka się u Słowian. Prognoza jest zła, gdyż z biegiem czasu tworzą się blizny i zaniki, powodujące zniekształcenia.

II. Kol. Stefan Kon pokazał 3 chore:

1) Chora, lat 22, od miesiąca cierpi na bóle w krzyżu i dolnej części brzucha (szczególniej z prawej strony). Przed pół rokiem leczyła się w szpitalu z powodu gorączki, która dochodziła do 39,0° *(appendicitis chronica)*. Nie rodziła, nie roniła. Obecnie nie gorączkuje. Chora blada i wycieńczona. W płucach zmian nie stwierdzono. Macica w tyłozgięciu unieruchomiona w zrostach. Bolesność w okolicy ślepej kiszki. W wydzielinie z pochwy gonokoków nie stwierdzono. Odczyn Biernackiego 50'. Leukocytów 6.800. Z powodu podejrzenia na ostry stan zapalny w przydatkach (przyśpieszony odczyn Biernackiego) zastrzyknięto 1 cm³ *yatro-casein'y* w 3-dniowych odstępach 4 razy, poczem odczyn Biernackiego wypadł jeszcze gorzej — szybkość opadania erytrocytów 30'. Dokładne badanie rentgenologiczne wykazało stare zmiany gruźlicze w płucach. Obraz krwi: leukocytów 5.600, erytrocytów 3,900.000, obojętnochłonnych 60%, limfocytów 30%, monocytów 7%, kwasochłonnych 2%, zasadochłonnych 1%, form przejściowych 1%. Z powodu przyśpieszonego odczynu Biernackiego operacji zaniechano. Po zastrzykach arszeniku i podawaniu żelaza odczyn Biernackiego zaczął poprawiać się. Chorą wypisano celem leczenia ogólnego i leczenia diatermją miednicy małej *(streszczenie własne)*.

W dyskusji: Kol. Lewin zapytuje, czy niema próchnicy lub innych zmian ze strony zębów, gdyż mogą one dawać przyśpieszone opadanie krwinek. Kol. Rożkowski zwraca uwagę, że przy tak znacznem przyśpieszeniu opadania krwinek w gruźlicy należy oczekiwać zmian rozpadowych, tu natomiast mamy prawie zupełny brak objawów klinicznych, chora nie gorączkuje i nie kaszle.

2) Chora lat 40, przed miesiącem, po zatrzymaniu perjodu w 4. dniu zaczęła krwawić, czemu towarzyszyły słabe bóle w dolnej części brzucha, omdlenia. Stan ten trwał 3 tygodnie, poczem dokonano skrobania macicy. Bóle jednak trwały, krwawienie natomiast ustało. 6 dni po skrobaniu macicy — nagle silne bóle po stronie lewej, ciemno w oczach, szum w uszach. Wezwany lekarz skierował jakoby macicę do przodu i chora czuła się nieco lepiej, w tym stanie została skierowana do szpitala. Narzeka na bóle w brzuchu i krzyżu, ból w odbytnicy i przy oddawaniu moczu. Chora przebyła 7 porodów (ostatni przed 7 laty) i jedno poronienie (przed 4 laty). Jest ona silnie wykrwawiona (ostra niedokrwistość), odchody krwiste. Macica w tyłopochyleniu (konturów dokładnie odgraniczyć nie można), powiększona, przesunięta na prawo, bolesna. Douglas wypełniony miękką masą. Rozpoznanie: *pęknięta ciąża zamaciczna lewostronna*. Po otwarciu otrzewnej: lewy jajowód pęknięty — resztki jaja płodowego. Resekcja lewego jajowodu. W okolicy przydatków prawych rozległe zrosty, oddzielenie ich sprawia duże trudności. Okazuje się, że w tem miejscu wyrostek robaczkowy na całej przestrzeni zrośnięty z jelitami i prawym jajnikiem. Wyeliminowanie i resekcja wyrostka robaczkowego; resekcja prawego jajowodu i prawego jajnika, torbielowato zwyrodniałego. *Ventrofixatio* macicy i oczyszczenie jamy brzusznej z resztek krwi. *Sanatio per primam intentionem*.

3) Chora lat 43. Przed 8 miesiącami poronienie w II. miesiącu ciąży. Przed 7 miesiącami skrobanie macicy, poczem bóle w lewem podbrzuszu, bóle głowy. Od 5 tygodni silne krwawienie po opóźnieniu się perjodu o 2 tygodnie, krwawi cały czas. (Leczyła się z tego powodu w klinice Uniw. w Krakowie). Chora silnie wykrwiona, rozdarcie krocza, macica w przodozgięciu, przesunięta na prawo, unieruchomiona z powodu zrostów. Lewe przydatki przymaciczne nacieczone, twarde, bolesne, wielkości pięści. Prawe przydatki przymaciczne — wolne. Dość silne krwawienie. Tamponowanie pochwy bez rezultatu. Naświetlanie promieniami Roentgena. Po kilku naświetlaniach bóle zaczęły się zmniejszać. Po 2 tygodniach krwawienie zupełnie ustało. Badanie wykazuje, iż w lewem przymaciczu guz znacznie się zmniejszył. Po 2 tygodniowej przerwie znów nieznaczne krwawienie. Z lewej strony guz wielkości jaja gęsiego, niebolesny. Po 4 naświetlaniach chora zupełnie przestała krwawić. Wypisana zupełnie zdrowa. *(streszczenie własne)*.

W dyskusji: kol. Rożkowski uważa, że naświetlania prom. Roentgena mogły wywołać zwiększenie krzepliwości krwi.

III. Kol. Frenkenberg pokazał 3 przypadki: *(streszczenie własne)*.

1) Przypadek uporczywej rwy kulszowej na tle rzeżączkowem. Chory od sierpnia 1930 r. Bóle w krzyżu, które szybko przeszły na tylną powierzchnię praw. kończyny dolnej. Badanie wykazuje objawy przemawiające za rwą kulszową: *scoliosis*, bolesność znaczna pośladka i łydki, obj. Lasègue'a i Neri — wybitnie dodatnie. Wszelkie stosowane środki proteino i chemoterapeutyczne pozostały bez skutku, tak samo diatermja i galwanizacja. Injekcja epiduralna usunęła tylko bóle w krzyżu. Badanie krwi na odczyn Wa dało wynik ujemny. Usunięcie wrośniętego paznogcia i karjetycznego zęba — bez wyniku. Badanie urologiczne wykazało znaczne zwężenie cewki, guzowatość i bolesność gruczołu krokowego. W wydzielinie stwierdzono zwiększoną ilość leukocytów, erytrocyty, brak plemników, na preparacie barwionym dwoinki Neissera. Chory przed 15 laty przechodził rzeżączkę. Zastosowano leczenie swoiste. Leczenie w toku.

W dyskusji: kol. Stefan K o n zwraca uwagę, że sprawy przymaciczne też często powodują objawy, przypominające rwę kulszową. Kol. L e w i n zapytuje, dlaczego proteinoterapja nie dała tu poprawy, o ile podłoże jest rzeżączkowe. Kol. S o b o l przytacza przypadek ropnia paranefrytycznego, który na początku dawał objawy rwy kulszowej. Kol. R o ż k o w s k i podkreśla, że w przypadku tym objawy rwy spowodował wpływ toksyczny, w sprawach przymacicznych może natomiast być wpływ mechaniczny.

2) Przypadek nawrotowej rwy kulszowej, wywołanej odłamkami szrapnela w okolicy kręgosłupa.

Chory po raz 5 ma napady rwy kulszowej, jest wyrobnikiem. Wypoczynek 3—4 tygodniowy usuwa całkowicie objawy bólu. Sztywność kręgosłupa. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje znaczne spłaszczenie 4 kręgu lędźwiowego, bujanie tkanki kostnej dokoła kręgów lędźwiowych, 2 odłamki szrapnela w okolicy dolnych kręgów piersiowych (był ranny w czasie wojny europejskiej).

3) Przypadek jamistości rdzenia z objawami opuszkowemi *(syringobulbia)*.

Chory od 10 lat ma drętwienie lew. kończyny górnej, od 3 lat napadowe pocenie się prawej połowy głowy i twarzy; od 3 mies. osłabienie lewej kończyny dolnej. Objawy chorobowe można podzielić na 4 grupy: 1) *Objawy ruchowe: hemiparesis alternans* i opadnięcie łuków podniebiennych po stronie prawej, niedowład prawej struny głosowej, niedowład praw. m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, zbaczanie języka na stronę prawa z zanikiem po tej samej stronie. Niedowład połowiczy spastyczny lewostronny; porażenie lewej struny głosowej. 2) *Objawy czuciowe:* obniżenie czucia bólu i t^0, na lewej połowie ciała z całkowitem znieczuleniem w wielu miejscach, to samo na prawej kończynie dolnej. Czucie dotyku dobrze zachowane. Odruch rogówkowy lewy osłabiony. Czucie wibracyjne przeważnie osłabione. 3) *Objawy współczulne:* zespół Hornera po str. lewej, *hyperhydrosis* po str. praw. głowy, 4) *Objawy troficzne:* sporadycznie występujące pęcherze na przedramionach, *hyperplasia* części miękkich i okostnej na dłoniach, zwłaszcza po stronie lewej *(cheiromegalia)*.

Odczyn Wa we krwi ujemny. Obraz przemawia za jamistością rdzenia z zajęciem opuszki *(syringobulbia)*.

W dyskusji: kol. Ł o k c z e w s k i mówi o leczeniu operacyjnem jamistości rdzenia. Kol. R o ż k o w s k i podkreśla, że w tym przypadku muszą być 2 ogniska.

IV. Kol. L i p i ń s k i pokazał przypadek gruźlicy płuc, leczonej przez *phrenicoexhairesis*.

Panna L., lat 25. Przed 5 laty była w szpitalu z powodu gruźlicy wrzodziejąco-wytwórczej górnego płatu płuca prawego. Po odmie (z 7 dopełnianiami) stan chorej poprawił się. Chora zaniechała dalszych dopełniań. Przed rokiem przebyła podobno grypę. Od tego czasu stale gorączkuje, oddaje luźo plwociny, stale traci na wadze. Przed 2 mies. ponownie została przyjęta do szpitala. Koch (+); O. B — 45 minut; t^0 wieczorami do $39,0^0$; Roentgen wykazał rozpad i jamy w płucu prawem, oraz zrosty opłucnowe prawostronne. Zrobiono *phrenicoexhairesis*. Pomimo zrostów Roentgen wykazał po zabiegu podniesienie przepony o 2 cm. Stan chorej poprawił się. *(streszczenie własne)*.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

P r o t o k ó ł D o r o c z n e g o W a l n e g o Z e b r a n i a (w drugim terminie) oraz Z e b r a n i a n a u k o w e g o z dnia 16 marca 1932 roku.

Zebraniu przewodniczy Prezes: Kol. S u c h o d o l s k i.

I. Pokazy. Kol. N a s i ł o w s k i: 1) Niemowlę $8^1/_2$ miesięczne, zakażone gruźlicą w pierwszych miesiącach życia, z powiększeniem gruczołów śródpiersiowych i przyoskrzelowych oraz powiększoną grasicą. W wywiadach — śmierć z powodu gruźlicy siostry i ojca — oraz śmierć dwojga rodzeństwa w niemowlęctwie.

W ciągu 5-miesięcznego spostrzegania: kaszel, duszność, napady krupu fałszywego, stany gorączkowe nieregularne, fizykalne przytłumienie nad rękojeścią mostka, zaostrzenie szmerów oddechowych w okolicy międzyłopatkowej, niestałe furczenia i świsty. Wychudzenie — mały przybytek wagi (w ciągu 5 miesięcy około pół kg zaledwie). Odczyn biologiczny Pirquet'a silnie dodatni.

Zdjęcie rentgenowskie oraz dwu innych przypadków gruźlicy u niemowląt pokazuje kol. O s i ń s k i.

2) Pokaz chłopca 7-letniego po samoistnem wyleczeniu ropnia płuc; w dwa tygodnie po odrze wywiązało się zapalenie płuc, powikłane zapaleniem ucha, obrzękiem gruczołów podszczękowych, żółtaczką. W przebiegu zapalenia płuc dołączyła się sprawa w spodzie jamy opłucnej, z której wydobyto strzykawką 1 cm^3 płynu ropnego jałowego. W 4 dni po nakłuciu dziecko wykrztusiło około pół szklanki ropy — poczem nastąpiła poprawa: stopniowy powrót do zdrowia. Zdjęcie rentgenowskie wykonane w tydzień po wykrztuszeniu ropy wykazało jamę owalną w środku dolnego płuca prawego. Ponowne zdjęcie w 3 miesiące potem jamy tej nie wykazało. Odczyn Pirquet'a u tego chłopca ujemny. Kol. Referent przytacza analogiczny przypadek ropnia płuc demonstrowany w paryskiem T-wie pedjatrycznem. 3) Pokaz chłopca $9^1/_2$ letniego z licznej i zdrowej rodziny żydowskiej z zaburzeniami rozwojowemi wrodzonemi i po przebyciu choroby mózgowej przed $4^1/_2$ laty. Wzrost i waga odpowiada dziecku 4-letniemu. Ciemię duże niezarośnięte, kości czaszki cienkie, siodełko tureckie bez zmian (Roentgen) zęby krzywicze, stopy koślawe, stawy skokowe rozluźnione. R. W. we krwi ujemny.

Rozwój umysłowy opóźniony.

4) Kol. B u d z y ń s k i: Demonstruje pacjenta z gruźlicą skóry w okolicy stawu kolanowego *(tbc. verrucosa cutis)*, w skrawku ze skóry badanie histopatologiczne wykazało utkanie gruźlicze. Leczenie bezwodnikiem węglowym wykazało znaczną poprawę.

5) Kol. M a c h o ń: Z oddziału ginekologicznego szpitala Sieleckiego w Sosnowcu referuje: a) przypadek cierpienia skóry a mianowicie: *fibroneuromatosis cutis* czyli t. zw. *morbus Recklinghauseni* u 45-letniej kobiety, podając szczegółowy opis zmian skórnych, ilustrując go rycinami z książek rzuconemi na ekran.

Potem omówił etjologię oraz sposoby leczenia cierpienia. Rozpoznanie potwierdzone zostało badaniem histopatologicznem jednego z wyciętych guzków skóry. Preparat histologiczny został także zademonstrowany.

b) Następnie zademonstrował preparat guzowatej macicy wyjętej w całości wraz z przydatkami u tej samej chorej. Guz wieloraki macicy wielkości dwóch pięści męskich wychodził z tkanki łącznej podsurowiczej macicy. Makroskopowo guz najbardziej zbliżony do włókniaka, różniący się jednakże od typowego włókniaka konsystencją niektórych partyj guza, oraz zabarwieniem. Badanie histologiczne guza dało obraz identyczny jak i wyciętego guzka skóry, na tej podstawie rozpoznano *fibroneuroma uteri*. Różnica obu preparatów histologicznych polegała na tem, że w guzach macicy były miejsca zdradzające wyraźną tendencję do zwyrodnienia złośliwego. Jak z tego wynika, mieliśmy w tym przypadku jedno cierpienie, umiejscowione w skórze i narządach rozrodczych. Przy okazji omówiono nerwiaki, uwzględniając ich podział, oraz budowę makro- i mikroskopową.

Wkońcu uzasadnił przyczynę śmierci chorej, która wśród wolno narastających objawów otrzewnowych nastąpiła w dziesiątym dniu pooperacyjnym. Ze względu na to, że operacja sama w sobie była jałową i że w ósmym dniu po operacji stwierdzono wyraźną zgorzel górnej części pochwy, gdzie wyprowadzono sączek z jamy brzucha do pochwy, jak wreszcie i ze względu na wolno postępujące objawy otrzewnowe, przyjęto, że do zapalenia otrzewnej przyszło na skutek złego odżywiania jelit, co prawdopodobnie nastąpiło wskutek poprzecinania dużej ilości włókien nerwowych regulujących odżywianie jelit. Jednem słowem za przyczynę zejścia należy uważać zaburzenia neurotroficzne jelit, powstałe wskutek usuwania dużego guza z miednicy małej, będącego jak badanie histologiczne wykazało w ścisłym związku z systemem nerwowym.

c) Wreszcie zademonstrował chorą lat 38 po operacji z powodu *graviditas extrauterina*, oraz preparaty lewego jajowodu i prawych przydatków wyjętych u demonstrowanej chorej.

Lewy jajowód rozdęty, wielkości jaja kurzego wypełniony skrzepami krwi i widocznemi strzępami kosmówki, jednakże nigdzie niepęknięty. Ujście brzuszne jajowodu znacznie rozszerzone, w jamie brzucha była krew, mieliśmy tu zatem do czynienia z t. zw. *abortus tubarius sin.*

Prawa trąbka wielkości dużej cytryny wypełniona ropą, *pyosalpinx dexter*, który powstał prawdopodobnie na tle przebytej przed kilku laty ciąży zewnątrzmacicznej prawostronnej, na co wskazywały wywiady u chorej.

W dyskusji nad pokazami zabierał głos Kol. Zamieński, oraz Kol. Puterman.

6) Sekretarz odczytuje w całości projektowany statut Towarzystwa Lekarskiego, składający się z 29 paragrafów.

W dyskusji nad formalną stroną statutu zabierali głos Kol. Kol. Wołkowicz, Zamieński, Ryder oraz Kol. Nasiłowski, który podał wniosek, by stylistyczne poprawki pozostawić do zadecydowania Zarządowi, poczem na wniosek Kol. Suchodolskiego statut ze zgłoszonemi poprawkami w całości jednogłośnie przyjęto.

Zapowiedziany odczyt Kol. Nasiłowskiego o rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci odłożono do następnego zebrania naukowego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 13. kwietnia 1932 r.

1) Odczytanie 3-ch protokołów z poprzednich zebrań naukowych T-wa.

2) Kol. Molicki demonstruje 2 dzieci: jedno normalnie rozwinięte, drugie ze stwierdzonem rentgenologicznie *megasigmoideum*.

3) Kol. Trawiński i Zahorski: pokazują 16-letniego chłopca, u którego w 3-cim tygodniu niezbyt typowo przebiegającego duru, nastąpił niespodzianie krwotok kiszkowy. Krwotok powtórzył się raz i drugi, stwarzając bardzo niebezpieczny stan — życie wisiało na włosku. W tym stanie zastosowano w trybie nagłym przetoczenie krwi. Krew wzięto bez badania grupy w ilości 150 cm³ od siostry chorego. Wynik był doskonały. Chłopak przebył swój dur do końca i ostatecznie wyzdrowiał.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kol. Witkowski, Budzyński, Puterman, Ryder, Nasiłowski, Branicki oraz gość Kol. Riedel.

4) Kol. Trawiński: a) u pewnego 42-letniego mężczyzny zastosował w celu dokładnego unieruchomienia odłamów złamanego ramienia *szew kostny sposobem t. zw. kołkowania*. Sposób ten polega na wbiciu do szpiku kostnego odłamu dolnego kości — kołka niewielkiego, wydłótowanego umyślnie z piszczeli pacjenta. A potem zasadza się nań odłam górny. W ten sposób następuje b. dokładne zestawienie kości złamanej, bez pozostawiania nazewnątrz jakiegokolwiek materjału do szwu. W przypadku tym było złamanie ściśle poprzeczne ze znacznem przesunięciem odłamów. Próby nastawienia zwykłego dały wynik małozadawalający. Pragnąc temu silnemu mężczyźnie przywrócić możliwie pełnię władzy — zastosowano sposób opisany. Jako wynik — zupełne *restitutio ad integrum*. Stawy przyległe osiągnęły pełnię władzy. Zrost mocny, w doskonałem ustawieniu; nadmiaru kostniny niema.

Następuje pokaz pacjenta oraz rentgenogramów przed i pooperacyjnych.

b) pokazuje 30-letnią pacjentkę, u której przed 2 miesiącami dokonał ponownej operacji *na nerce prawej w celu usunięcia 2 kamieni*. Pierwsza operacja odbyła się przed 2 laty; wtedy z tej samej nerki usunął 3 kamienie — które dawały szereg objawów typowych, zmuszających do operacji. W miesiąc po pierwszej operacji usunął (zapomocą cystoskopu operacyjnego) kamień, który opuścił się z nerki lewej i ugrząsł w moczowodzie, przed jego wylotem do pęcherza moczowego. Obecnie znowu wystąpiły niepokojące objawy ze strony nerki prawej, a badanie rentgenologiczne ponownie wykryło obecność 2 kamieni. (Pokaz tych kamieni). Chora wyzdrowiała gładko.

Kol. T. podkreśla konieczność zachowawczo-operacyjnego postępowania w kamicy nerkowej. Nefrektomja powinna się znaleść na ostatniem miejscu.

c) Pokazuje 6-letnią dziewczynkę, operowaną już bezskutecznie przez kogo innego, z powodu *wrodzonego zrośnięcia 4 palców u rączki*. T. zastosował zabieg wytwórczy, polegający na wycięciu płata podłużnego, prostokątnego z przegrody pomiędzy palcami. Płat ten następnie przechyla się od strony grzbietowej ręki ku dłoniowej i kładzie pomiędzy palcami. Boczne powierzchnie palców pozostają bez przykrycia (tylko częściowo) i goją się przez ziarninowanie. Wynik w tym przypadku nastąpił doskonały — dziewczynka swobodnie i szeroko rozstawia palce; również dobrze je zgina i t. d. Kol. T. operował w ten sposób kilka razy dorosłych, z również dobrym wynikiem.

5) Kol. Zamieński: demonstruje pacjenta *z nowotworem płuca*.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kol. Puterman, Wołkowicz, Budzyński, Trawiński, Ingster, Welfe, Mayer, Witkowski oraz Kol. Zahorski, który wspomina o sekcyjnie stwierdzonym w szpitalu na Pogoni raku płuca.

6) Kol. Nasiłowski: wygłasza odczyt *„Gruźlica u niemowląt"*: Nawiązując do zagadnień roztrząsanych na 2-ch posiedzeniach T-wa, poświęconych gruźlicy i pragnąc dać słuchaczom jasny pogląd na zagadnienie gruźlicy u niemowląt, prelegent omawia w skróceniu: 1) etjologję, epidemjologję i patogenezę gruźlicy u niemowląt; 2) rozpoznawanie, szczegółowo analizując istotę i znaczenie odczynów biologicznych (alergja); 3) przebieg zakażenia gruźliczego i postacie kliniczne gruźliczych niemowląt; 4) zagadnienie „odporności" i „oporu" oraz walki organizmu z zakażeniem *(infectio, superinfectio)*; 5) sprawę zapobiegania i leczenia.

W rozważaniach swych opierając się na odpowiedniem piśmiennictwie, powołuje się i na własne doświadczenie, a w szczególności na przypadki pokazywane na zebraniach T-wa.

Odczyt Kol. Trawińskiego oraz dyskusję nad odczytem Kol. Nasiłowskiego odroczono do następnego zebrania.

Sekretarz: (—) *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

Roczne Sprawozdanie Polskiego Zrzeszenia Lekarzy w Białymstoku.

Okres sprawozdawczy obejmuje czas od 6. X. 1931 r. do 18. X. 1932 r.

W roku sprawozdawczym T-wo liczyło 52 członków: 29 miejscowych i 23 zamiejscowych. Przybyło 3-ch mianowicie: Kol. M. Syrota, Kol. Z. Sinkowski i Kol. Lipiński.

Ubył 1 członek. Posiedzeń naukowych odbyto 6, na których wygłoszono 11 referatów i przedstawiono 14 pokazów chorych i preparatów.

Referentami byli: Kol. W. Bajenkiewicz: 1) Wrodzona anomalja w budowie macicy (pokaz). 2) Zarys istoty reakcji Ascheim-Zondeka.

Kol. Abram Kahan: 1) Leczenie surowicą przeciwpłoniczą.

Kol. Józef Kerszman: 1) W sprawie operacyjnego leczenia drążących urazów gałki ocznej. 2) O paru zabiegach pomocniczych, ułatwiających operację Ellita (kl. oczna 23/1932).

Kol. K. Fiedorowicz: 1) Wilk nosa z następną plastyką przegrody nosowej (demonstracja chorego po wyleczeniu. 2) W sprawie postrzałowych ran brzucha. 3) W sprawie kamicy żółciowej. 4) Przypadek wgłębienia jelita wywołany polipem (demonstracja preparat.). 5) Niedrożność jelit spowodowana uchyłkiem Meckela z częściowem wycięciem ściany kątnicy (demonstracja preparat.). 6) Preparat wyciętego żołądka z kilkoma owrzodzeniami (demonstracja preparat.).

Kol. Sal. Kracowski: *Hypertensio essentialis* (demonstr.).

Kol. Eust. Tustanowski: *Situs viscerum inversus totalis* (demonstracja).

Kol. M. Syrota: Postępowy zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego (demonstracja).

Kol. H. Łukaczewski: *Apoplexia spinalis* (opis przypadku).

Kol. Stan. Bełdowski: Włośnica (demonstracja).

Kol. S. Szylman: Problemat patogenezy suchot płucnych w świetle nowych badań.

Kol. Borys Pines: Ciało obce w oczodole (demonstr.).

Kol. Cz. Karwowski: 1) Znaczenie diagnostyczne odczynu z mastyką w płynie mózgo-rdzeniowym. 2) O nadmiarze krwinek czerwonych we krwi. (P. G. L. 45/32).

Kol. N. Fryłucki: Zwężenie przełyku okołowpustowego (demonstracja).

Kol. St. Rotberg: Przyczynek do postępowania przy skręcie esicy.

Kol. M. Szacki: O leczeniu neuralgji okolicy głowy drogą nosową.

Kol. W. Kapłan i S. Kracowski: Przypadek mocznicy i nerki marskiej przebiegającej bez wzmożonego ciśnienia.

Kol. A. Kenig: Kamienie dróg moczowych.

Życie T-wa w ubiegłym roku było bardzo ożywione, świadczy o tem pokaźna liczba referatów i demonstracyj. Odczyty cechowała wysoka wartość naukowa (2 drukowane). Posiedzenia cieszyły się popularnością. Na posiedznia przybywała stale większość kolegów zamieszkałych w mieście. Największa ilość 48, najmniej 24, przeciętnie 38, jak również i duży udział kolegów w dyskusjach (1—10 przeciętnie przy referatach 3-ch kol.).

Mając za zadanie w pierwszym rzędzie pracę naukową, którą prowadzi od 1924 r. T-wo nie zaniedbywało również swych prac społecznych tak ściśle lekarskich jak i ogólnych, to też na swych posiedzeniach administracyjnych rozpatrywało wszelkie zagadnienia społeczno-lekarskie, z któremi koledzy spotykają się na miejscowym terenie: jak sprawy bezrobocia, sprawa wyborów do Izby Lekarskiej, sprawy potrzeb szpitalnictwa miejscowego.

T-wo brało również udział przez swych delegatów w akcji innych Towarzystw społecznych i w dużej mierze przyczyniło się do powstania w Białymstoku T-wa Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi, czyniąc to wzorem lat ubiegłych, kiedy to „Zrzeszenie" okazywało swą pomoc, a czasem inicjatywę w tworzeniu nowych placówek: jak współudział Zrzeszenia z Cz. Krzyżem przy organizowaniu Kursów Sióstr Cz. Krzyża, i utworzenie T-wa Przeciwgruźliczego w Białymstoku.

Sekretarz: (—) *Dr. Cz. Karwowski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. 51 P. Gazety Lekarskiej zamieszczony został list Dra D. T u r s z a, w związku z czem uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie kilku słów odpowiedzi.

Na ostatnim zjeździe medycyny wewnętrznej francuskiej paru internistów, przytaczając swe spostrzeżenia co do skutecznego leczenia ropnych spraw płucnych zapomocą wlewań dożylnych alkoholu, wymienili oddział mój, jako źródło powstania tej metody. Kol. T u r s z pisze, iż on pierwszy zastosował wlewania dożylne alkoholu, ja zaś pierwszy zastosowałem je skutecznie celem leczenia ropnych schorzeń płucnych. Uważam jednak, że sucha chronologja tym razem nie może być słuszną oceną. Kol. T u r s z pierwszy wykazał, iż alkohol 33% można bezkarnie wstrzykiwać dożylnie, ale metode tę zastosował do leczenia raków oraz zakażeń popołogowych. Wielka różnorodność niczem z sobą niepowiązanych spraw chorobowych, brak argumentacji logicznej i przedewszystkiem nieoparcie swej tezy przekonywującemi spostrzeżeniami klinicznemi uczyniły, iż metoda Dra T u r s z a nie przestała wisieć w powietrzu i nikogo o niczem nie przekonała. Jak to wynika z moich publikacyj, zacząłem stosować alkohol w *endocarditis lenta maligna*, gdzie, jak i w innych zakażeniach oraz raku, metoda Kol. T u r s z a zupełnie zawiodła.

Jednak zasługą moją *(sit venia verbo!)* jest to, iż przy tej sposobności drogą drobiazgowego spostrzegania klinicznego pochwyciłem fakt niewątpliwie swoistego działania alkoholu, dostającego się do płuc z ominięciem układu żyły wrotnej, na ropne schorzenia płucne.

O tem działaniu alkoholu dowiedział się Kol. T u r s z z naszych publikacyj i w półtora roku po pierwszem doniesieniu z mego oddziału ogłosił swój pierwszy przypadek ropnia płuc, wyleczonego alkoholem.

Interniści francuscy dokładnie są powiadomieni z naszych publikacyj o genezie leczenia alkoholowego ropnych spraw płucnych i, jeżeli metodę tę łączą oni z mojem nazwiskiem, widocznie mają po temu ważkie powody.

Zgóry dziękuję za łaskawe wydrukowanie mych uwag i łączę wyrazy prawdziwego poważania.

Warszawa, dnia 22 grudnia 1932.

Anastazy Landau.

Najuprzejmiej proszę o umieszczenie następującego wyjaśnienia: W związku z zapytaniami i nieporozumieniami w sprawie artykułu Dr. Maurycego S c h e p s a p. t.: Leczenie Zaburzeń Przewodu Pokarmowego a Isacen „Roche", umieszczonego w „Praktyce Lekarskiej" załączonej do Nr. 48 r. 1932 P. G. L., niniejszem oświadczam, że nie jestem autorem powyższego artykułu.

Dr. Maurycy Scheps, senior (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dnia 21. XII. ub. r. odbyła się w sali wykładowej Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J. uroczysta A k a d e m j a ku uczczeniu pamięci znakomitego neurologa niedawno zmarłego śp. J ó z e f a B a b i ń s k i e g o. Słowo wstępne wraz z przedstawieniem życiorysu, wspomnień osobistych i ogólnego zarysu działalności naukowej Babińskiego wypowiedział Prof. Pieńkowski. Następnie referaty o znaczeniu Jego prac naukowych wygłosili — Dr. Godłowski — w zakresie chorób organicznych układu nerwowego, Dr. Chłopicki — w zakresie chorób czynnościowych układu nerwowego.

Dr. L u d w i k C z y ż e w s k i z Warszawy, główny konsultant okulista dyrekcji okręgowej kolei państwowych, odznaczony złotym krzyżem zasługi.

Zmarli.

Dr. A l o j z y L o e w y w Nisku, em. st. lekarz powiatowy.

Dr. J ó z e f Z e l e n a y, lekarz naczelny Kasy Chorych w Sosnowcu.

Ruch w Towarzystwach lekarskich i Zjazdy.

Walne Zebranie T o w. P r z e c i w g r u ź l i c z e g o w Krakowie wybrało 11. XII. ub. r. Zarząd w następującym składzie: Prezes: prof. dr. Latkowski Józef; sekretarz: dr. Weinsberg J.; członkowie: dr. Batko Józef, dr. Ciećkiewicz Marjan, dr. Kaplicki Mieczysław, dr. Karasiński Stanisław, dr. Kosch Teodor, prof. dr. Kostrzewski Józef, dyr. Krzyżanowski Jan, dr. Landau Jan, prof. drowa Latkowska Marja, dr. Maciąg Adam, dr. Owsiński Józef, dr. Salak Bolesław, dr. Schneider Ludwik, dr. Szumski Władysław, dr. Wessely Fryderyk, dr. Zamorski Stanisław, drowa Żulińska Marja.

Na posiedzeniu dorocznem W i l e ń s k i e g o K o ł a I n t e r n i s t ó w P o l s k i c h 13. XII. ub. r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1933: Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz. Zastępca prezesa: Dr. M. Swida. Sekretarz: Dr. J. Kłukowski. Skarbnik: Dr. E. Saltówna.

Zarząd P o l s k i e g o T o w a r z y s t w a G a s t r o l o g i c z n e g o ukonstytuował się następująco: Prezes: Wejnert (ponownie). Wice-prezesi: Prof. Radliński i W. Robin (ponownie). Sekretarz: Niewiadomski. Skarbnik: B. Kryński (obaj ponownie). Członkowie zarządu: J. Czarkowski, Frank i Dolkart.

Posiedzenie Pol. Tow. O t o l a r y n g o l o g i c z n e g o odbyło się w Warszawie 29. XII. 1932. Porządek dzienny: 1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3. Dr. J. Tencer: Gruźlica krtani w świetle współczesnych poglądów. 4. Wolne wnioski.

Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we wrześniu 1933 r. w Poznaniu utworzyło osobną s e k c j ę R e u m a t o l o g ó w. Przewodniczącym Sekcji jest Doc. Dr. Raszeja w Poznaniu.

II. Z j a z d L e k a r s k i TOZ'u odbędzie się w Warszawie w dniach 25—26 lutego 1933 r. Zjazd będzie poświęcony ogólnym zagadnieniom naukowym z dziedziny biologji i patologji Żydów oraz specjalnym zagadnieniom pracy zdrowotnej wśród Żydów. Na Zjeździe czynne będą sekcje do spraw walki z gruźlicą, walki z chorobami zakaźnemi, higjeny społecznej i eugeniki, opieki nad matką i dzieckiem, opieki higjeniczno-lekarskiej w szkołach, opieki nad dzieckiem w wieku przedszkolnym, zagadnień szpitalnictwa żydowskiego i in.

Trzeci M i ę d z y n a r o d o w y K o n g r e s dla spraw r e u m a t y z m u odbył się w połowie października 1932 w Paryżu, przy udziale 400 uczestników, reprezentujących 22 państw. W mowie inauguracyjnej prof. B e z a n ç o n bronił pojęcia ostrego gośćca stawowego (choroby Bouillauda) jako odrębnej jednostki klinicznej, której zmiany najistotniejsze toczą się w sercu. Zmiany stawowe byłyby zaś tylko jednym z objawów alergicznego stanu ustroju, analogicznie jak przy rzeżączce, gruźlicy, dnie. Z Polaków wygłosił referat dr. Mester z Krakowa *). Następny Kongres odbędzie się w Moskwie, w roku 1934.

VII. M i ę d z y n a r o d o w y K o n g r e s M e d y c y n y i F a r m a c j i W o j s k o w e j. W czerwcu 1933 r. odbędzie się w Madrycie VII. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej. Porządek dzienny obrad Kongresu obejmuje następujące tematy: 1. Główne zasady organizacji służby zdrowia na wypadek wojny i zastosowanie przepisów nowej Konwencji Genewskiej na różnych szczeblach organizacji służby Zdrowia. — Referuje: Hiszpanja i Szwecja. 2. Szczepienie ochronne w armjach: lądowej, morskiej i powietrznej. — Referuje: Hiszpanja, Wielka Brytanja i Japonja. 3. Leczenie przypadków chirurgicznych nagłych na froncie w czasie wojny ruchowej — koncepcja formacji wyspecjalizowanej w tym kierunku, jej organizacja materjałowa i jej użycie z punktu widzenia taktyki. — Referuje: Hiszpanja i Belgja.

*) Pojawi się w następnej P. G. L.

4. Żywność w konserwach, stanowiąca część racji wydawanej czyto w czasie pokoju, czy wojny — sposób przygotowania i analiza jej. — Referuje: Hiszpanja i Szwajcarja. 5. Studjum porównawcze organizacji w armjach: lądowej, morskiej i powietrznej poszczególnych państw. a) służby dentystycznej; b) służby administracyjnej. — Referuje: Hiszpanja, Meksyk, Paragwaj. Przykładem lat ubiegłych pożądane jest opracowanie komunikatów do referatów na podane tematy. Komunikaty powinny być zredagowane w języku francuskim, angielskim, włoskim lub hiszpańskim, nie mogą przekraczać 50 wierszy pisma maszynowego i powinny być nadesłane Szefowi Sanitarnemu O. K. VII. do dnia 2 listopada 1932 r.

Medycyna społeczna.

Porażenie rdzeniowe u dzieci (ch. Heine-Medina) dała w sierpniu i wrześniu następujące ilości zachorowań: St. Zjednoczone A. P. — 1800 przypadków, Niemcy — 1080, Szwecja — 410, Wielka Brytanja — 330, Czechosłowacja — 72 (tylko w sierpniu), Belgja — 100, Italja — 85, Polska — 36 przypadków.

W Danji zapada przeciętnie kwartalnie na rzeżączkę — 2400 osób, w Norwegji — 1200, w Szwecji — 2800, w stanie Nowego Yorku około 4000 osób.

W 50 większych miastach niemieckich zmarło w roku 1931 na skutek zakażenia krwi w połogu 225, zaś w związku z poronieniem 472 kobiet.

Różne.

W Budapeszcie istnieje na wydziale lekarskim uniwersytetu specjalna katedra patologji i terapji chorób reumatycznych. Kierownikiem jej jest prof. Ludwik de Pap.

Pruskie Ministerstwo Oświaty zezwoliło Uniwersytetom na wprowadzanie *„numerus clausus“* w poszczególnych klinikach i zakładach. Powodem jest zły stan gospodarczy państwa, który nie pozwala na rozbudowę zakładów uniwersyteckich, stosownie do potrzeb zwiększającej się ilości słuchaczy.

Komunikaty.

W Państwowej Szkole Higjeny został zakończony VII kurs p. t.: „Alkoholizm i jego zwalczanie“, przeznaczony głównie dla nauczycielstwa i działaczy społecznych. W kursie wzięło udział 153 osób, wg. zawodów między innemi było: nauczycieli 61, delegowanych przez Organizacje społeczne 34 osób, lekarzy 8, pielęgniarek 6, członków Abstynenckiej Ligi Kolejowców 16, delegowanych przez Policję Państwową 7. Słuchacze zjechali się z całej Polski.

W grudniu zakończony został w Państwowej Szkole Higjeny kurs medycyny i higjeny społecznej dla lekarzy domowych Kas Chorych. W kursie brało udział 50-ciu lekarzy.

Polski Komitet do Zwalczania Raka nadesłał następujący komunikat: Uchwały III-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego. 1. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uchwala wysłanie następujących telegramów: a) Do Pana Prezydenta Rzplitej Prof. J. Mościckiego. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi prosi o przyjęcie wyrazów hołdu i czci. b) Do Pani Prof. Dra. Marji Skłodowskiej-Curie. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi składa Wielkiej Rodaczce Marji Skłodowskiej-Curie wyrazy hołdu. c) Do Pana Prof. Ciechanowskiego. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi działaczowi na polu walki z rakiem i prezesowi dotychczasowych zjazdów Przeciwrakowych przesyła wyrazy czci. d) Do Pani Marszałkowej Piłsudskiej Aleksandry. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi wyraża wdzięczność za zainteresowanie się jego pracami i prosi o przyjęcie wyrazów głębokiej czci. 2. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi postanawia prosić Komitet Organizacyjny XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu (wrzesień 1933) o zorganizowanie sekcji walki z rakiem przy sekcji higjeny, obierając za temat omówienie zagadnień społeczno-organizacyjnych w celu ujednostajnienia akcji walki z rakiem na terenie Rzeczplitej i Państw Słowiańskich. 3. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uważa za konieczne: a) powołanie do życia w większych miastach oddziałów klinicznych oraz towarzystw przeciwrakowych o charakterze społeczno-charytatywnym (na wzór istniejących), b) utworzenie ośrodków prowincjonalnych, c) zwiększenie w Polsce ilości przytułków dla nieuleczalnie chorych na raka, d) zorganizowanie opieki społecznej nad chorymi na raka i ich rodzinami w szeregu miast Rzeczplitej, e) skoordynowanie działalności wszystkich instytucyj przeciwrakowych w Polsce. 4. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi przypomina z naciskiem o uchwale II-go Zjazdu Przeciwrakowego o konieczności otwierania klinicznych oddziałów radjologicznych. 5. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uchwala, aby wszystkie Instytucje i Przychodnie Przeciwrakowe na terenie Rzeczplitej w wywiadach od chorych na raka zwracały uwagę na sprawę dziedziczności i starały się możliwie jak najdokładniej zwłaszcza u chorych inteligentnych odtworzyć pień genealogiczny każdego chorego rakowatego co do dziedziczności raka. Zebrane wkońcu roku kalendarzowego materjały winny być przesłane do Polskiego Instytutu Przeciwrakowego we Lwowie, po uprzednim ich zestawieniu. 6. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uchwala powołanie specjalnej stałej Komisji Zjazdowej, która ustali miejsce i termin następnego Zjazdu. Skład Komisji ustali Komitet Wykonawczy III-go Zjazdu Przeciwrakowego. 7. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi postanawia zwrócić się do Ministerstwa Komunikacji w celu wyjednania odpowiednich zniżek kolejowych dla chorych udających się do Instytutów Przeciwrakowych w celu leczenia i kontroli. 8. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi postanawia powołać do życia Komitet, któryby porozumiał się z Komitetem Międzynarodowych Zjazdów Naukowych oraz opracowałby na Zjazd w Madrycie wniosek odbycia następnego Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie. 9. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uważa za konieczne utworzenie Polskiej Ligi Przeciwrakowej i dla opracowania szczegółów oraz dla powołania do życia tej instytucji wybiera Komisję organizacyjną w składzie 5—7 członków. 10. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy w Łodzi uważa za wskazane przeprowadzenie prac przygotowawczych do utworzenia Wszechsłowiańskiej Ligi Przeciwrakowej. W tym celu zostaje powołana Komisja złożona z 5 osób celem porozumienia się z innemi narodami słowiańskiemi oraz zreferowania względnie wprowadzenia w czyn tej sprawy na najbliższym Ogólnosłowiańskim Zjeździe w Polsce.

Z dniem 1 października r. ub. w Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego została uruchomiona poradnia dla dzieci cukrzycowych. Przyjmowane są dzieci do lat 15. Opłata za opiekę wynosi 5 zł miesięcznie. Niezamożnym ustępstwo. Badania pomocnicze wykonywane są bezpłatnie. Dążeniem poradni jest między innemi bezpłatne dostarczenie insuliny dla niezamożnych chorych. Poradnia czynna jest w soboty od 9 do 10-ej rano.

8. XII. 1932 odbyło się zwołane przez Polski Związek Przeciwgruźliczy zebranie informacyjne w sprawie utworzenia w Zakopanem Instytutu dla badań gruźlicy i klimatu. Na posiedzenie przybyło 23 przedstawicieli Rządu, Samorządu, Instytucyj ubezpieczeniowych i społecznych, zainteresowanych w walce z gruźlicą, z p. Dyr. Depart. Służby Zdrowia Dr. Janem Adamskim i naczelnikiem Wydziału Zdrowia Mag. m. st. Warszawy Dr. Czesławem Wroczyńskim na czele. Przewodniczył obradom Prof. W. Orłowski, Wiceprezes Polskiego Z. Przeciwgruźliczego. Projekt utworzenia w Zakopanem wymienionego wyżej Instytutu zreferował Dr. Zychoń Józef, zarys programu prac Instytutu — Dr. Czaplicki, obydwaj z Zakopanego. Zebranie jednomyślnie powitało z uznaniem inicjatywę Zakopanego zdążającą do zapełnienia poważnej luki w zakresie studjów nad gruźlicą, jaką jest brak w Polsce Instytucji naukowej specjalnie poświęconej badaniom nad tą chorobą i jej zwalczaniem. Sprawę zwołania Komisji dla opracowania Statutu nowej placówki oraz szczegółów organizacyjnych postanowiono przekazać Polskiemu Związkowi Przeciwgruźliczemu.

Izba Lekarska Lwowska komunikuje: Dr. Stanisław Moszkowicz, adwokat we Lwowie, złożył celem uczczenia czwartej rocznicy śmierci Ojca ś. p. Dra Jana Moszkowicza — jak co roku — sumę 100 zł na fundusz wdów i sierót po lekarzach.

Zjazd balneologów niemieckich zbierze się w dniach 4—8 kwietnia w Baden-Baden. Po obradach zwiedzą uczestnicy zjazdu zdrojowiska Schwarzwaldu.

Niemieckie Tow. Lekarskich Podróży Naukowych (Berlin W. 35. Magdeburgerstr. 17) urządza wycieczkę do Italii i Afryki Północnej. Wyjazd z Genui 9. V. do Algieru, potem samochodami przez Biskrę, Constantinę, Tunis do Tripolisu. Powrót do Włoch przez Sycylię, potem Neapol, Rzym, Florencja, Bologna do Wenecji, gdzie wycieczka stanie prawdopodobnie 6. VI. Koszta wycieczki około 900 RM.